ROK VIII WARSZAWA 1934 KWIECIEŃ ZESZYT IV

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA.

REVUE MENSUELLE CONSACRÉ À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego.

PRACE ORYGINALNE

„Wstrząs" po znieczuleniu miejscowem.

Jego objawy, zapobieganie, leczenie.

PODAŁ.
DR. ARTUR DRESDNER.

W latach powojennych, w tym okresie przewartościowywania wszystkich wartości życia społecznego, stosunek społeczeństwa do medycyny względnie lekarzy uległ zasadniczej zmianie. Inteligenci, a za nimi półinteligenci korzystają z każdego niepowodzenia lekarza, aby jak najostrzej krytykować „oficjalną" medycynę. Równocześnie rośnie popularność znachorów i szarlatanów w rodzaju Zeileisa i jemu podobnych. I to wszystko dzieje się w okresie świetnego rozwoju teoretycznej i praktycznej medycyny, gdy rok za rokiem przynosi takie odkrycia, jak wyosobnienie insuliny i hormonów, a lekarze składają na każdym kroku dowody swego poczucia obywatelskiego, jakkolwiek ich materjalne położenie pogarsza się z dnia na dzień!

W rozmowie z laikami słyszy się często pozornie niepozbawiony słuszności zarzut, że lekarz leczy tylko chorobę, a nie chorego i tem się różni od fuszera lekarskiego, który nieobciążony „balastem" fachowej wiedzy, leczy duszę, a przez to i ciało chorego sugestją swoich zabiegów, ziół i maszyn. Zarzut ten jest śmieszny, bo od czasu Hipokratesa każdy myślący lekarz intuicyjnie leczył całego chorego człowieka, a nie tylko jego poszczególne narządy czy choroby (nie można naturalnie wymagać tego od przemęczonego lekarza kasowego, przed którym, niby przed robotnikiem u Forda, przewija się ruchoma wstęga pacjentów, z których każdy musi być w paru minutach uzdrowiony). To intuicyjne dotychczas postępowanie znalazło swoje naukowe uzasadnienie, od kiedy nauka o hormonach i o układzie wegetatywnym wykazała, w jak nierozerwalnie ścisłym związku pozostają ze sobą poszczególne narządy naszego organizmu. Od każdoczesnego nastawienia tych dwóch systemów zależą nietylko rozliczne czynności naszych narządów, ale również w dużej mierze nasze samopoczucie, temperament i sposób oddziaływania na bodźce zewnętrzne. Olbrzymi wpływ układu wegetatywnego na życie duchowe spostrzegamy przedewszystkiem u kobiet. Wedle genjalnych badań *Matthesa*[1]), których prawdziwość miałem

[1]) Mathes: Konstitution des Weibes w „Halban Seitz": Biologie des Weibes" T. III.

możność niejednokrotnie potwierdzić w mojej praktyce, możemy naogół podzielić wszystkie kobiety na „kobiety typowe" (typy pykniczne wedle *Matthesa*) i „atypowe", wśród których zasługują na wyróżnienie kobiety typu hypoplastycznego i intersexualnego, który się znowuż często kombinuje z trzecim nieprawidłowym typem kobiet enteroptotycznym. Rozumie się, że klasyczne przedstawicielki powyższych typów spotyka się znacznie rzadziej, niż postaci przejściowe, ale dla celów praktycznych wystarczy stwierdzić przewagę cech jednego z wyżej wymienionych typów i na tej podstawie odpowiednio sklasyfikować badaną kobietę. Podczas, gdy u normalnej, pyknicznej kobiety, spotykamy jako charakterystyczne cechy średni wzrost, wąski łuk barkowy, głęboką klatkę piersiową, jędrną skórę, zaokrąglone kształty, a wreszcie typowe kobiece owłosienie i szczelne zwieranie się ud, to u kobiet o typie intersexualnym widzi się wprost przeciwną budowę ciała. U kobiet typu hypoplastycznego stwierdza się fizyczny i duchowy niedorozwój, przy entoroptozie płaską i długą klatkę piersiową i charakterystyczne opadnięcia narządów jamy brzusznej. Szczególnie wnikliwie opisuje *Matthes* typ intersexualny. Za podstawową przyczynę intersexualizmu uważa *Matthes* niedostateczny rozwój i działanie gruczołów płciowych kobiecych, które z tego powodu nie są w stanie wpływać hamująco na wydzielanie wewnętrzne resztek gruczołów płciowych męskich, rozwiniętych tu silniej, niż u normalnych kobiet. Na zewnątrz objawia się ten brak jednoznacznego działania gruczołów płciowych w budowie ciała takich kobiet, przypominającej we wielu szczegółach budowę ciała mężczyzny (bardzo często spotykamy mianowicie wysoki wzrost, szerokie barki, kanciaste kształty, owłosienie typu męskiego i nieszczelne zwieranie się ud). Z cechami interseksualizmu kombinują się często cechy habitus asthenico-enteroptoticus (długa klatka piersiowa, opadnięcie trzew). Życie duchowe takich kobiet jest bardzo często dysharmonijne w przeciwieństwie do zrównoważonego zwykle i zamykającego się w ciasnym kręgu zainteresowań rodzinnego życia umysłowego normalnej pykniczki. Usposobienie ich jest bardzo chwiejne i ulega dlatego częstym zmianom pod wpływem nieznacznych nawet bodźców psychicznych. *Matthes* przypisuje tę zmienność nastrojów ścierającym się w ustroju wegetatywnym takich kobiet wpływom męskich i kobiecych hormonów. U kobiet typu astenicznego dołącza się do tej dużej pobudliwości szybkie wyczerpywanie się układu nerwowego, tak znamienne dla neurastenji. — Kobiety intersexualne narażone są z powodu takiej struktury psychicznej na częste konflikty z rzeczywistością, odbijające się z reguły bardzo źle na ich stanie duchowym. *Matthes* pięknie to określa zdaniem: „Die Frau lebt nicht, sie leidet ihr Leben". Ujemny wpływ silnych, względnie długotrwałych bodźców psychicznych może u takich kobiet wywołać przewlekle lub bardzo ostro przebiegający napad asteniczny, przypominający ciężkie schorzenia narządów jamy brzusznej. Jako charakterystyczne objawy takiego napadu przytacza *Matthes* ogólną prostrację i niepokój, bladość skóry twarzy, zimne poty, wymioty i niedające się lokalizować bóle w brzuchu.

Wzmożoną chwiejność układu wegetatywnego stwierdza się również u bardzo wielu kobiet, znajdujących się w ciąży. *Seitz*[2]) nazywa takie ciężarne wprost istotami sympatyczno - parasympatycznemi (ein Sympathicus - Parasympathicus - Wesen), przyczem stwierdza, że w pierwszych miesiącach ciąży przeważa zwykle wpływ układu sympatycznego. Jednym z dowodów tej zwiększonej pobudliwości (irritabilitas) i chwiejności (labilitas) układu wegetatywnego u ciężarnych jest szybkie występowanie zmian naczynioruchowych (vasomotorycznych)*) pod wpływem afektów. I tak zauważa się nierzadko u ciężarnych nagłe zblednięcie twarzy, a nawet krótkotrwałą utratę przytomności lub też nagle występujące uczucie zimna w rękach. Wszystkie te objawy są spowodowane przez nagły skurcz naczyń krwionośnych głowy, wzgl. ręki. O bardzo dużej pobudliwości układu wegetatywnego ciężarnych świadczy również częste występowanie silniejszej niż u nieciężarnej reakcji na wprowadzenie minimalnych da-

[2]) Seitz w „Halban-Seitz" T. VII/1 str. 759-761.

*) Układ naczynioruchowy stanowi składową część układu wegetatywnego.

wek adrenaliny do jej ustroju (na tym objawie zbudowane są rozmaite próby adrenalinowe u ciężarnych). Rozumie się, że opisana wyżej chwiejność i pobudliwość układu wegetatywnego zaznacza się szczególnie wyraziście u ciężarnych, należących do intersexualnego typu kobiet.

Znajomość powyższych faktów pozwoliła mi wyjaśnić niektóre przypadki paradoksalnego działania znieczulenia miejscowego. Ze środków znieczulających stosuję najczęściej allocainę Lumiere AA 1% z adrenaliną w ilości 20 cm.[3] i niejednokrotnie przekonałem się o skutecznem działaniu i małej toksyczności tego preparatu. W niektórych jednak przypadkach w drugiej połowie zabiegu operacyjnego, najczęściej zaś po ukończeniu operacji występowały bardzo silne bóle w podbrzuszu, do których dołączały się wkrótce objawy ogólne, jak bladość twarzy, sine kręgi pod oczami, zimne poty, skłonność do wymiotów, przyśpieszenie tętna. Pacjentki były przytem mocno niespokojne. Stan taki trwał przez 2 — 4 godzin i ustępował potem bez żadnych następstw, o czem mogłem przekonać się, pozostając przez kilka dni po zabiegach w kontakcie z pacjentkami. Zaznaczam, że objawy takiego wstrząsu spostrzegałem znacznie częściej i w znacznie silniejszym stopniu przy stosowaniu preparatów nowokainowo - adrenalinowych, pochodzących z innych fabryk. Również *Thaler*[3]) opisuje podobne objawy po znieczuleniu nowokainą, przypisując je działaniu zbyt dużych dawek nowokainy, o czem w naszych wypadkach nie może być mowy, bo stosowana dawka allocainy 0,20 gr. odbiega bardzo od dawki toksycznej, wynoszącej 1,2 gr. *Braun*[4]) twierdzi, że przyczyną tych objawów jest rozkład adrenaliny. I to wytłomaczenie nie da się zastosować do naszych przypadków, bo inne ampułki allocainy z adrenaliną z tego samego opakowania pochodzące, nie powodowały podobnych objawów. Przyjąwszy niezmienność i małą toksyczność preparatu za rzecz pewną, musimy szukać przyczyny wyżej wymienionych objawów w nadlmiernej wrażliwości pacjentek. O takiej nadwrażliwości przy miejscowem znieczuleniu wspomina *Demel*[5]) i ostrzega dlatego przed stosowaniem tej metody u bardzo nerwowych osób. Również *Loebel*[6]), opisując bardzo dobre wyniki znieczulenia allocainowego, wspomina o jednej mocno nerwowej chorej, która już przed operacją domagała się konieczne narkozy i u której allocaina zupełnie zawiodła. Wobec spostrzeżeń moich i *Loebla*, wydaje się rzeczą dziwną, że *Ceytlin*[7]) przy bardzo dużej ilości znieczuleń allocainą nie natrafił na podobne przypadki. Tę sprzeczność postaram się poniżej wyjaśnić.

Wszystkie pacjentki, w liczbie pięciu, u których wystąpił opisany wyżej wstrząs poznieczuleniowy, były już przed zabiegiem mocno zdenerwowane, co się przedmiotowo objawiało silną bladością twarzy i znacznem przyśpieszeniem tętna. Cztery pacjentki wykazywały wybitne cechy intersexualizmu, a jedna z nich typowy habitus asthenico-enteroptoticus. Cztery pacjentki były w pierwszych miesiącach ciąży i wykonałem u nich przerwanie ciąży (u 2 z powodu t. b. c. pulmonum, u jednej z powodu nephritis chronica, u jednej z powodu bardzo dużej niedokrwistości). U piątej pacjentki wykonałem próbną skrobankę z powodu silnych krwawień miesiączkowych (badanie mikroskopowe wyskrobin wykazało hyperplasia endometrii).

Zestawienie moich spostrzeżeń z przytoczonem przezemnie piśmiennictwem umocniło mnie w mojem pierwotnem przypuszczeniu, że przyczynę wstrząsu po miejscowem znieczuleniu należy upatrywać w nadwrażliwości pacjentek, a nie w jakości preparatu. Wszystkie bowiem pacjentki, u których wstrząs poznieczuleniowy wystąpił w tak drastycznej postaci, należały do typu kobiet intersexualnych względnie wykazywały one habitus asthenicoenteroptoticus, to znaczy były kobietami, u których układ wegetatywny wywiera potężny wpływ na cały bieg życia psychicznego ,a pośrednio i cielesnego. Ciąża spowodowała u tych kobiet napewno jeszcze większe podrażnienie tego układu (p. w.). Dalszym czynnikiem, podrażniającym system wegetatywny, była obawa przed zabiegiem (wpływ afektu wedle *Matthesa*, p. w.). Wkońcu zaś większa lub mniejsza

[3]) Thaler w „Halban-Seitz“ T. II str. 847.
[4]) Braun w „Halban-Seitz“ T. II. str. 847.
[5]) Demel: Ärztliche Praxis 1933. ifr. IX.
[6]) Loebel: Ginekologja Polska. Tom IX. zesz. VII—IX.
[7]) Ceytlin: Ginekologja Polska. Tom VII. zesz. X.

ilość adrenaliny, dostawszy się do obiegu krwi (jak zresztą bywa przy każdem znieczuleniu), natrafiła u takich kobiet na czulej i dlatego silniej reagujący system wegetatywny (próby adrenalinowe p. w.). Ta mnogość bodźców, działająca równocześnie z typem wegetatywnym, musiała doprowadzić do załamania się tego układu, czego wyrazem był ów wstrząs po znieczuleniu. Porównanie objawów tego wstrząsu z objawami napadu astenicznego, podanemi przez *Matthersa*, wykazuje wybitną analogję między temi dwoma zespołami objawów chorobowych, co świadczy również o tem, że przyczyną wstrząsu po znieczuleniu był właśnie kryzys systemu nerwowego wzgl. wegetatywnego u tych pacjentek.

Dalszem potwierdzeniem mojej teorji były wyniki leczenia objawów tego wstrząsu. Podczas gdy bowiem środki przeciwskurczowe (belladonna, papaveryna) były zupełnie bezskuteczne, to środki uspakajające i nasenne szybko usuwały wszystkie objawy wstrząsu. Bardzo dobrze zadziałały w 2 przypadkach opłatki dra Faivre. Szybkie i skuteczne ich działanie należy przedewszystkiem przypisać zawartej w nich oxychinoteinie, a pozatem tej okoliczności, że preparat ten jest kombinacją trzech środków, które wedle teorji Bürgi'ego, działają w połączeniu ze sobą silniej, niżby każdy z nich działał z osobna.

Ważniejszem jeszcze od leczenia wstrząsu jest niedopuszczenie do jego powstania. W tym celu powinniśmy się jeszcze przed rozpoczęciem zabiegu przekonać, czy dana pacjentka nie wykazuje objawów zbytniej chwiejności układu nerwowego względnie wegetatywnego. Budowa ciała, odbiegająca od normalnej i przypominająca typ intersexualny, ewent. asteniczny, jak również zbytnia afektacja pacjentki zwraca odrazu nasze podejrzenia w tym kierunku. Dokładniejsze badanie wykazuje u takich kobiet znacznie wzmożone odruchy, przyśpieszenie tętna i dermografję. Te ostatnie objawy świadczą o silnem podrażnieniu i chwiejności układu naczynioruchowego, a pośrednio i wegetatywnego.

W razie stwierdzenia bardzo znacznej chwiejności układu wegetatywnego, t. zn. gotowości do powstania wstrząsu po znieczuleniu, oddajemy zasadniczo pierwszeństwo narkozie. Niezawsze jednak narkoza możliwa jest do przeprowadzenia. W szczególności przy zabiegach ambulatoryjnych (u wszystkich wyżej wymienionych pacjentek moich zabiegi były wykonane ambulatoryjnie), narkoza może być bardzo niewygodna dla pacjentek. Pomijając tak przykre dla pacjentki zasypianie i budzenie się z narkozy, musimy pamiętać o tem, że woń narkotyku zdradza domownikom pacjentki przebycie zabiegu operacyjnego, co się może stać dla niej źródłem dużych nieprzyjemności. Oprócz tego narkoza może wpłynąć u ciężarnych ujemnie na stan chorobowy, który stał się przyczyną przerwania ciąży. Z tych względów muszę niejednokrotnie stosować znieczulenie miejscowe u kobiet, predestynowanych do wstrząsu poznieczuleniowego. Podaję w celach zapobiegawczych jeden opłatek dra Faivre'a jeszcze przed rozpoczęciem znieczulenia, aby obniżyć pobudliwość układu nerwowego. Dotychczasowe moje doświadczenia w tym kierunku wypadły bardzo zachęcająco.

Musimy się jeszcze zająć wyjaśnieniem faktu, dlaczego *Ceytlin* przy materjale, obejmującym 205 znieczuleń, nie spostrzegał opisanych przezemnie objawów wstrząsu. Zastanawiając się nad tą uderzającą sprzecznością doszedłem do przekonania, że przyczyna jej leży w odmienności materjału ludzkiego, którym *Ceytlin* i ja rozprządzaliśmy. Pacjentki bardzo nerwowe i przeczulone unikają bowiem naogół szpitali i klinik, starając się kosztem największych nawet ofiar leczyć się prywatnie. Jest to o tyle zrozumiałe, że pacjentki takie wymagają ściśle indywidualnego traktowania, na co z natury rzeczy nie mogą w szpitalu liczyć. Praktyka wykazuje, że kobiety takie mają instynktownie rację. Podczas gdy bowiem każde ostrzejsze odezwanie się może u takiej pacjentki wywołać cały zespół objawów załamania nerwowego, to łagodne i wyrozumiałe traktowanie pacjentki w połączeniu z kojącem i sugestywnem działaniem kaszetek *Faivre'a*, wpływa na nią tak pomyślnie, że zabieg daje się przeprowadzić bez większych trudności. Po dobrze przeprowadzonej operacji, lekarz zyskuje w takich uczuciowych pacjentkach jaknajlepsze zwolenniczki, — nieraz przesadnie go wychwalające, co się naturalnie również tłumaczy właściwą tym kobietom afektacją.

O objawach zmęczenia sportowego.

PODAŁA
DR. ELEONORA REICHER, Doc. U. W.

Ze zbliżającą się wosną, w której na nowo zostają podjęte częściowo lub całkowicie zaniechane w czasie zimy ćwiczenia sportowe, jest rzeczą niezmiernie ważną, by objawy przetrenowania sportowego były w sposób racjonalny oceniane nie tylko przez lekarzy klubów sportowych, ale i przez lekarzy, stojących poza sportem, do których sportowcy zjawiają się z prośbą o poradę.

Objawy zmęczenia sportowego podzielić można na objawy ogólne i objawy ze strony poszczególnych narządów. Objawy ogólne są głównie wyrazem przestrojenia chemicznego ustroju, występującego pod wpływem systematycznie i w sposób intensywny uprawianego ćwiczenia. Ćwiczenie, wywołując w czasie samej pracy zakwaszenie, prowadzi powoli, stopniowo do powstania alkalozy, która z jednej strony uzdalnia ustrój ćwiczący do szybszego i zupełniejszego wiązania, powstających w czasie pracy produktów kwaśnych i w ten sposób jakby odsuwa zmęczenie na plan dalszy i skraca czas jego trwania, ale równocześnie wywołuje szereg zmian innych, będących wtórnem następstwem alkalozy i wiążącego się z nią powiększenia się poziomu potasu we krwi. I jedno, i drugie prowadzi wtórnie do powiększenia napięcia układu nerwu błędnego, co w następstwie wpływa na czynności narządów, w szczególności serca, a wiadomo jak często sportowcy uskarżają się na dolegliwości ze strony serca.

Jednym z pierwszych objawów zmęczenia sportowego jest nadmierna pobudliwość nerwowa, która czyni, że sportowiec dotychczas wesoły i pogodny, traci pozornie bez przyczyny swój niefrasobliwy humor, staje się drażliwy, łatwo się irytuje; jest to stan często nieuświadomionego osłabienia, połączony ze zmniejszeniem odporności układu nerwowego. Wślad za nadmierną pobudliwością nerwową idzie utrata dotychczas doskonałego snu, za nią postępuje brak apetytu, w następstwie pociąga to za sobą spadek wagi. Ten ostatni w początku zaprawy sportowej jest naogół objawem zwykłym, wywołanym spalaniem zapasów tłuszczowych ustroju, w miarę postępowania zaprawy sportowej podnosi się jednak krzywa wagi dzięki rozwojowi mięśni. Jeżeli to wznoszenie się krzywej wagi lub po dojściu do szczytu jej równy przebieg zostaje załamany w okresie wysokiej zaprawy sportowej, gdy spadek wagi nie jest specjalnie zamierzony, jest to dowodem, że mechanizm czynności ustrojowych już nie przystosowuje się do wysiłku, ale się pod nim załamuje. Wyrazem tego załamania jest i nerwowość sportowca, brak apetytu, brak snu, wreszcie towarzyszące temu stanowi dolegliwości, najczęściej ze strony serca, rzadziej ze strony przewodu pokarmowego i innych narządów. Często te skargi na przykre sensacje ze strony serca, bóle w okolicy żołądka poprzedzają objawy ogólnego przetrenowania, są jakby ich sygnałem, w innych przypadkach występują razem z nimi. Subjektywne skargi sportowców często nie są poparte żadną zmianą, dającą się stwierdzić w przebiegu badania fizycznego. Płuca są zdrowe, opukiwanie i osłuchiwanie serca zmian chorobowych nie wykazuje, czasami tylko akcja serca jest nadmiernie przyśpieszona, gwałtowna. Jednak u sportowców, uprawiających od dłuższego czasu cięższe sporty, stwierdza się często zmiany serca przy badaniu klinicznem, serce jest duże, akcja jego jest wolna, tony serca są głuche. Jest to t. zw. serce nerwu błędnego, którego stwierdzenie samo przez się nie jest jeszcze dowodem chorobowym; jest ono wyrazem przystosowania się serca pod wpływem wysokiego napięcia układu nerwu błędnego do ciężkich wysiłków, wyrazem takiego samego przystosowania jest i występujące równocześnie nizkie ciśnienie krwi i zwolnienie tętna. Nie jest rzeczą rzadką, że spotyka się zwolnienie tętna dochodzące do 46 — 42 uderzeń na minutę, przy równoczesnem znacznem podciśnieniu, które trzyma się w granicach 85 — 95 mm. Hg. Wszystkie te

zmiany należą jeszcze do obrazu zaprawy sportowej i spotykają się u sportowców wysokiej klasy u szczytu ich sprawności cielesnej, nie sprawiając żadnych subjektywnych dolegliwości. Stwierdzenie tych zmian nie wymaga jeszcze ani przerwania ćwiczenia, ani stosowania środków leczniczych, jednakże konieczny jest w tych warunkach stały nadzór lekarski, gdyż okres najwyższego przystosowania się ustroju do wysokiej zaprawy sportowej jest równocześnie bardzo często i tą chwilą, w której następuje załamanie się i obniżenie dotychczasowej sprawności fizycznej. Jeżeli te załamanie nie zdradza się jeszcze dolegliwościami natury ogólnej o których była już mowa, nerwością, brakiem snu i apetytu, spadkiem wagi, jeżeli nawet jeszcze nie występują skargi na przykre sensacje w okolicy serca, to nieraz zjawiają się jeszcze przed tem charakterystyczne zmiany, widoczne przy badaniu czynnościowem narządu krążenia, które powinno wchodzić w zakres badania lekarskiego każdego ćwiczącego się sportowca.

Śmiało można powiedzieć, że badanie sportowe nie poparte badaniem czynnościowem krążenia jest badaniem niezupełnem, badaniem pozbawionem podstaw do oceny klinicznej.

Czynnościowe badanie narządu krążenia jest bardzo proste polega ono bowiem tylko na określaniu skurczowego i rozkurczowego ciśnienia krwi oraz częstości tętna w spokoju oraz bezpośrednio, w 2, 3, 4, i 5 minut po wykonaniu 15 głębokich przysiadów w tempie 15 sekund. Przed badaniem czynnościowem należy zwrócić uwagę, by badany był wypoczęty i przynajmniej 15 minut siedział lub leżał w zupełnym spokoju, nic nie robiąc, nawet nie rozmawiając. W warunkach prawidłowych po wykonaniu tego ćwiczenia tętno podnosi się mniej więcej o 15 — 30 uderzeń na minutę, ciśnienie rozkurczowe krwi pozostaje nie zmienione albo nieznacznie opada, skurczowe ciśnienie krwi podnosi się około 20 mm Hg. U sportowców wytrenowanych reakcja ta jest znacznie słabsza, ciśnienie skurczowe mniej się podnosi, przyśpieszenie tętna jest również mniejsze. To zachowanie się częstości tętna i ciśnienia krwi jest odmienne u osób o przeciętnej zaprawie sportowej u których ćwiczenie doprowadziło do przemęczenia. Wtedy już w spokoju pomimo dłuższego wypoczynku tętno jest przyspieszone (80 — 90 uderzeń), skurczowe ciśnienie krwi również w spokoju bywa czasem prawidłowe, ale często wykazuje wartości wyższe ponad normę. Po ćwiczeniu częstość tętna podwyższa się nadmiernie, 130 — 150 uderzeń na minutę nie są rzadkością, ciśnienie skurczowe dochodzi również do granic bardzo wysokich, tak iż przejściowo powstaje stan nadciśnienia; ciśnienie rozkurczowe większych zmian naogół nie wykazuje. Jasną jest rzeczą, że ten rodzaj mechanizmu pracy przy którym podwyższa się bardzo znacznie ciśnienie krwi i przyspiesza częstość tętna nie jest korzystny dla serca, które w tych warunkach szybko się nuży. Z tego też względu sportowiec u którego się stwierdza podobną reakcję przy ćwiczeniu naogół do ciężkich wysiłków się nie nadaje, szczególniej jeżeli są one dłużej trwałe. Stan taki wymaga wypoczynku nietylko dlatego, że nie jest korzystny dla ustroju, ale choćby i z tego względu, że nie rokuje on dobrych wyników sportowych. Jest to typowy odczyn ze strony narządu krążenia, występujący u ludzi niedostatecznie wyćwiczonych, a także u przetrenowanych sportowców. Odczyn ten i z tego względu ma jeszcze znaczenie kliniczne, że ujawniające się po ćwiczeniu nadciśnienie może być wyrazem ukrytej skłonności do nadciśnienia samoistnego, będącego źródłem tylu objawów chorobowych. Najlepszym dowodem, że przyspieszenie czynności serca tak w spokoju, jak i po ćwiczeniu, jak też i nadmierne podwyższenie ciśnienia krwi, wywołane są w tych przypadkach przemęczeniem, jest, iż i jedno, i drugie mija po zaleceniu przez lekarza tygodniowego lub nieco dłuższego wypoczynku. Często także na wystąpienie tego rodzaju odczynu przy badaniu czynnościowem wpływa nieodpowiedni tryb życia ćwiczących się, brak należytego wypoczynku, za krótki czas przeznaczony na sen, życie nieuregulowane, niespokojne. Za mało pamiętają ćwiczący się i lekarze, że człowiek poddany stale się powtarzającym, ciężkim wysiłkom cielesnym musi prowadzić spokojny tryb życia, musi się odpowiednio do wysiłku odżywiać i wypoczywać.

Odczyn nieco odmienny od poprzedniego występuje przy badaniu czynnościowem narządu krążenia sportowców wytrenowanych, przystosowanych do ciężkich wysiłków. W spokoju ciśnienie krwi tych ludzi jest niskie, tętno wolne, 42 — 46 — 48 uderzeń na minutę nie należą do rzadko-

ści. Należałoby się więc spodziewać, że przy tak wybitnem przystosowaniu ustroju do wysiłków, po ćwiczeniu próbnem, które dla tych ludzi, przyzwyczajonych do ćwiczeń ciężkich, właściwie żadnym wysiłkiem nie jest, nastąpi nieznaczne podwyższenie ciśnienia krwi, nie przekraczające 20 — 30 mm. Hg., a przyspieszenie tętna również nie przekroczy 20 uderzeń i że ta reakcja w ciągu 1 — 2 minut wróci do stanu prawidłowego. Otóż niejednokrotnie odczyn ten jest odmienny i chociaż liczba absolutna tętna po ćwiczeniu nie jest wysoka np. wynosi 90 uderzeń na minutę, a także i absolutna wysokość ciśnienia krwi jest również umiarkowana, to w stosunku do wartości spoczynkowych i jedna, i druga są zbyt wygórowane, a ponadto i czas powrotu do stanu spoczynkowego jest przedłużony. U tych właśnie sportowców spotyka się szczególnie często skargi na bóle w okolicy serca, uczucie zamierania serca, czasami towarzyszą tym skargom skurcze dodatkowe, będące najczęstszą przyczyną dolegliwości subjektywnych. Nie jest więc dziwne, że lekarz, który stwierdzi w czasie badania fizycznego powiększenie serca, cichość i głuchość jego tonów, jeżeli do tego dołączą się skurcze dodatkowe i nizki poziom ciśnienia skurczowego wraz z bradycardią, skłonny jest uważać te wszystkie zmiany za objawy cierpienia mięśnia sercowego i odpowiednio do tego postępować. Jednakże zastosowanie leczenia farmakologicznego jest najczęściej w tych przypadkach całkowicie zbędne, gdyż większość objawów znika z chwilą gdy zostaną na pewien czas przerwane wysiłki, które do ich powstania doprowadziły. Po kilkunastodniowej przerwie w ćwiczeniach, bez żadnego leczenia farmakologicznego, przy zachowaniu zwykłego trybu życia znikają najczęściej skurcze dodatkowe i co ciekawsze, co właściwie przeciwne jest wszelkim pojęciom o niewydolności krążenia, gdzie wyrazem poprawy jest zwolnienie tętna, w tych przypadkach tętno się przyspiesza i podnosi się ciśnienie krwi. I w tych przypadkach przyczyną zaburzenia krążenia było przetrenowanie sportowe. Następstwa przetrenowania sportowego uchwycone w porę nie wymagają leczenia farmakologicznego, najlepszym ich środkiem leczniczym jest odpoczynek i uregulowanie trybu życia. Jednakże stwierdzenie tych objawów jest ważnym sygnałem ostrzegawczym, który świadczy, że dotychczasowy sposób uprawiania ćwiczenia przerastał możności ćwiczącego się i w następstwie po wypoczynku i po powrocie krążenia do stanu normalnego — należy albo zmniejszyć intensywność, albo zwolnić tempo ćwiczenia. W każdym razie objawy zmęczenia do których może doprowadzić systematyczne uprawianie cięższych ćwiczeń sportowych, wymagają stałej kontroli lekarza należycie obznajmionego z mechanizmem działania ćwiczeń sportowych na ustrój.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Zatrucie wielką dawką weronalu. Intensywne leczenie strychniną. B e r t r a n d — F o n t a i n e e t C l a a s s.

Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. Nr. 26. 1933.

Opis przypadku 21-letniej dziewczyny, która zażyła 17 gr. weronalu. 10 godzin po zatruciu głęboka śpiączka, ciepłota prawidłowa, tętno dobre, odruchy ścięgniste i rogówkowe zniesione. Po przemyciu żołądka, którego treść nie zawierała żadnych resztek pokarmu i tabletek, zastosowano odrazu leczenie wielkimi dawkami strychniny, wstrzykując co godzinę w dzień co dwie, trzy godziny w nocy od 9—15 miligramów strychniny. W ciągu pierwszej nocy po zatruciu ciepłota się podnosi do 39°, śpiączka trwa jednak, odruchy ścięgniste się zjawiły nanowo. Jednakże stan chorej po dwóch dniach się pogorszył, ciepłota podniosła się do 40,8°; oddychanie było przyśpieszone tętno prawie niewyczuwalne. Po zastosowaniu wielkich dawek kamfory, kofeiny, coraminy, zauważono za każdym razem poprawę tętna, ciśnienia krwi i oddychania. W końcu drugiego dnia po zatruciu chora zaczyna się poprawiać, rusza się, podnosi powieki, zjawiają się odruchy rogówkowe i ścięgniste. Chora powoli się poprawia i po dwóch tygodniach wychodzi ze szpitala.

Leczenie chorej rozpoczęło się w dwanaście godzin po zatruciu, otrzymała ona w całości, w ciągu 64 godzin 0,39 strychniny, nie przedstawiając żadnych objawów nietolerancji lub zatrucia. Autorzy przypuszczają, że ta nadzwyczajna tolerancja w stosunku do wielkich dawek strychniny jest dowodem wzajemnego przeciwdziałania strychniny i ciał barbiturowych. Strychnina w wystarczającej dawce neutralizuje prawdopodobnie pewną ilość ciał barbiturowych, jednakże jak długo trwa śpiączka chory zawsze jest zagrożony wystąpieniem śmiertelnych przypadłości czy to ze strony narządu oddechowego czy narządu krążenia. Zalecano stosowanie 0,01 strychniny na godzinę, jednakże w ciężkich przypadkach ta dawka może się okazać za słabą, można wtedy odrazu wstrzyknąć 0,03 — 0,04, później co pół godziny po 0,01 i w ten sposób w ciągu 24—36 godzin dochodzi się do dawki wystarczającej. Jeżeli w tym czasie występuje pogorszenie oddychania lub krążenia energiczne stosowanie kamfory, coraminy, kofeiny, pozwala choremu przetrwać aż do chwili wyleczenia. Strychnina zdaje się nie działać zupełnie na przypadłości ze strony krążenia. Autorzy zwracają uwagę na mechanizm powstawania powikłań płucnych w przebiegu zatrucia barbiturowego, podkreślając niezmiernie szybkie znikanie ognisk płucnych w miarę poprawy stanu chorych. Możliwe jest, że zmiany krążenia w następstwie których znikają ogniska płucne powstają w miarę tego jak ośrodki mózgowe pozbywają się ciał trujących. Spostrzeżenie powyższe wykazuje, że leczenie zatrutych powinno być szybkie i intensywne jednakże, jak długo działanie strychniny nie przezwyciężyło zatrucia, należy przeciwdziałać zapaści krążenia i oddychania za pomocą stosowania wszystkich znanych dotychczas środków.

Wyciągi gruczołów dokrewnych, skład krwi, diureza i niewydolność nerek. (Extraits endocriniens, composition du sang; diurese et insuffisance rénale). L a n g e r o n, P a g e t e t L e d i e u.

Presse Médicale. 1933, Nr. 2.

Autorzy badali wpływ gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem na czynności nerek. Dodatni wpływ wyciągów tarczycy na wydzielanie moczu jest znany oddawna z tego względu stosowano wyciągi tarczycy w niewydolności krążenia i zapalenia nerek. Wyciągi z przysadki mózgowej przywracają jakoby tkankom zdolność zatrzymywania płynów. Przysadka mózgowa działa więc odwrotnie jak tarczyca gdyż zamiast sprzyjać wydzielaniu moczu raczej go hamuje. Wydzielanie wewnętrzne wątroby ma również wpływ na wydzielanie wody, wpływ prawdopodobnie podobny do tarczycy w znaczeniu pobudzania wydzielania, natomiast insulina ma działanie podobne do przysadki mózgowej t. j. zatrzymujące wodę w ustroju. Nadnercza dzięki wydzielaniu adrenaliny zmniejszają diurezę. Wydzielanie narządów płciowych wpływa na czynności wydzielnicze nerek, wreszcie mają na nie wpływ i przytarczyczki, gdy zależne od nich sole wapnia, działają moczopędnie. Same wydzielanie wewnętrzne nerek ma również wpływ na przemianę wodną, gdyż wykazano, że surowica żyły nerkowej powiększa diurezę. Autorzy określali działanie różnych wyciągów gruczołowych na czynności wydzielnicze nerek. Przed określaniem wyciągów otrzymywali chorzy około 10 dni stałą ilość płynów, mocz był mierzony 3 dni przed doświadczeniem i 8 dni po nim, badania krwi były wykonywane stale w tych samych odstępach czasu od ostatnio przyjętych, stałych lub płynnych pokarmów. Wyciągi gruczołów stosowano w przeciągu 10 dni.

Wydzielanie moczu powiększa się dopiero pod wpływem większych, już toksycznie działających dawek tarczycy, powiększenie to następowało nagół późno, na 10 dzień, wtedy gdy już przerywano podawanie tarczycy. Zmiany krwi zaznaczały się najczęściej powiększeniem masy płynnej krwi, nie jest to jednak zwykła hydremia, gdyż równocześnie powiększają się NaCl i proteiny; jest to jakby tworzenie się osocza. Wyciągi

tarczycy powiększają masę płynną krwi, mobilizując jej zapasy tkankowe lub narządowe, dopiero znacznie później, wtórnie powiększa się diureza. Thyroxina zdawała się wpływać najprędzej na diurezę, działając bezpośrednio na nerki, prawdopodobnie szybkość jej działania nie pozwoliła uchwycić zmian we krwi. Jeżeli wyciąg tarczycy podaje się równocześnie z teobrominą wydzielanie moczu jest większe, niż gdyby stosowano teobrominę samą, tak jakby teobromina, działając na krew bardziej bogatą w zawartość płynną i chlorki mogła z niej usunąć i więcej wody i więcej NaCl, którego stężenie pozostaje zresztą bez zmiany. Jest to więc połączenie diurezy tkankowej (dzięki działaniu tarczycy) i diurezy nerkowej (dzięki teobrominie). Z tego też względu połączenie obu tych środków jest wskazane. Przysadka mózgowa nie miała wyraźnego wpływu, zdawała się zmniejszać diurezę w ciągu kilku godzin, ale nie zawsze wpływała na 24 godzinne wydzielanie moczu. Folliculina i wydzielina nadnerczy działały podobnie jak tarczyca, ale znacznie słabiej. Wyciągi wątroby powiększały stale diurezę, działając w tym samym kierunku co tarczyca, działanie to było najwyraźniejsze u chorych wątrobowych. Wyciągi nerkowe nie wykazały żadnego określonego działania. Z pośród wszystkich wyciągów więc najwyraźniej zaznaczyło się działanie tarczycy, pod której wpływem powiększa się masa płynnej krwi, powiększa się nie zmieniając ich wzajemnego stosunku ilość białek i chlorków. Wyciągi tarczycy działają prawdopodobnie, powiększając ciśnienie osmotyczne białek krwi, albo też zmieniając przepuszczalność naczyń, albo też, co również jest możliwe, zostają zmobilizowane zapasy krwi z wątroby i śledziony. Wyciągi wątroby i tarczycy, działając w tym samym kierunku, wzajemnie się wzmacniają, podczas gdy wyciąg tylnego płata przysadki mózgowej i trzustki przeciwdziałają pracy wydzielniczej nerek, zatrzymując wodę w tkankach. W stosunku do czynności wydzielniczej nerek stwierdza się więc istnienie dwóch antagnistycznie nastawionych grup narządów o wydzielaniu wewnętrznem. Pewne zaburzenia czynności wydzielniczej nerek mogą więc zależeć od zmian krwi, od zaburzeń w wydzielaniu antagonistycznych grup hormonalnych, od niewydolności lub nadmiernego wydzielania jednej z tych grup. Stosowanie odnośnych wyciągów może się stać celowem w niektórych przypadkach niewydolności nerek.

O leczeniu nadciśnienia tętniczego śródżylnemi wstrzykiwaniami alkoholu oktylowego. (Sur le traitement de l'hypertension artérielle par les injections intraveineuses d'alcool octylique). Par A. Clerc, J. Sterne et R. Paris.

Presse Médicale. Nr. 94, 1933.

Autorzy znaleźli, badając napięcie powierzchniowe krwi u chorych z nadciśnieniem, że jest ono podwyższone, co podsunęło im myśl stwierdzenia czy ciała obniżające napięcie powierzchniowe działają równocześnie na ciśnienie krwi. Takim ciałem mało toksycznem, obniżającem u psa po wstrzyknięciu śródżylnem ciśnienie krwi i zmniejszającem jej napięcie powierzchniowe jest alkohol octylowy t. zw. octonal. Autorzy używali octonal starannie oczyszczony i przekroplony. Jest on rozpuszczalny w wodzie przekroplonej w stosunku 1/100000. Autorzy stosowali ten ostatni rozczyn, który powinien oddziaływać zlekka zasadowo, ponadto należy sprawdzić jego Ph za pomocą wskaźnika barwnego (bromo-thymol). Jeżeli butelka jest starannie zamknięta płyn pozostaje jałowym i chemicznie niezmienionym mniej więcej w ciągu tygodnia. Octonal podaje się we wstrzykiwaniach śródżylnych, wynoszących początkowo 10 cm.[3] później dawkę się powiększa stopniowo do 20 cm.[3]. Wstrzykiwania robi się serjami po 10 — 15 wstrzyknięć co dzień lub co drugi dzień. Autorzy nie spostrzegali żadnych poważniejszych działań ubocznych, o ile preparat był należycie oczyszczony i przekroplony; ani niewydolność serca, ani niewydolność nerek nie są przeciwwskazaniem do jego stosowania. Wstrzykiwania zaczynano naogół po 8 dniowym wypoczynku w łóżku przyczem nie podawano żadnych leków sercowych. Ogółem zbadano 18 chorych z wysokim nadciśnieniem, u których stosowanie różnych metod leczniczych pozostało bez wyniku. U 4 z pośród tych chorych ciśnienie krwi wróciło do stanu prawidłowego, u 6 obniżyło się znacznie, u 8 pozostało bez wyraźnej zmiany. Ciśnienie krwi opada powoli w ciągu kilku dni, ani razu nie zauważono nadmiernego podciśnienia. Spadek ciśnienia zaznacza się najwyraźniej na ciśnieniu skurczowem. Octonal nie wywiera żadnego widocznego wpływu na serce, prawdopodobnie odciąża je jedynie dzięki spadkowi ciśnienia, a także dzięki temu, że pod jego wpływem wzmaga się wydzielanie moczu, co zauważono u wszystkich 18 chorych. Większe wydzielanie moczu występuje również nie odrazu, ale po kilku dniach stosowania octonalu, poprzedza ono zwykle obniżenie napięcia powierzchniowego. Łącznie ze zwiększeniem wydzielania moczu powiększa się wydzielanie chlorków, a zmniejsza wydzielanie białka. Napięcie powierzchniowe krwi zmniejsza się raczej pod działaniem octonalu, jednakże nie można mówić o ścisłej równoległości w zmniejszeniu napięcia powierzchniowego i obniżeniu ciśnienia krwi. Badania krwi na jej zawartość ciał białkowych, wody, mocznika i całkowitego chloru surowicy nie dało wyraźnych wyników. Dolegliwości chorych pod wpływem octonalu poprawiły się wyraźnie prawie u wszystkich chorych (z wyjątkiem 3), znikły bóle i zawroty głowy, szum w uszach, etc. Korzystne działanie octonalu utrzymuje się różnie długo, u jednego chorego trwało ono 6 miesięcy, u drugiego tylko dwa miesiące. Autorzy nie określają dawki maksymalnej octonalu. U niektórych chorych wykonali bez żadnych powikłań 50 wstrzyknięć w ciągu trzech serji, z których każda trwała 5—6 tygodni. Autorzy tłomaczą wpływ octonalu na zaburzenia czynnościowe i dolegliwości chorych jego działaniem znieczulającem i uspokajającem.

Reumatyzm szczytowo - potyliczny. (Arthrite atloido - occipitale). Par Coste et Hanotte.

Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des. Hôp. Nr. 24. 1933.

U kobiety 46 letniej po krótkim okresie ogólnego zmęczenia po zaziębieniu i przejściowej gorączce wystąpiły bóle w okolicy potylicy, promieniujące do czoła. Chora miała równocześnie mdłości, wymioty, zjawiło się przejściowe nadci-

śnienie i częstoskurcz. Wszystkie te objawy pogarszały się, gdy chora próbowała się unieść na posłaniu, a były mniejsze w pozycji leżącej. Przy ucisku występowała bardzo wyraźnie bolesność w okolicy lewego stawu szczytowego-potylicznego, w którym nieco później zjawiły się trzeszczenia. Objawy te ustąpiły po kilku tygodniach, nie pozostawiając żadnych śladów. Sprawa była prawdopodobnie wywołana zapaleniem stawu szczytowo-potylicznego. Objawy rdzeniowe powstały na tle naczyniowem albo z powodu podrażnienia włókien współczulnych w sąsiedztwie tętnicy kręgowej, wpływających w znacznej mierze na regulację dopływu krwi do rdzenia przedłużonego. Byłaby to pewna odmiana kompleksu objawów szyjnych, opisanego w przebiegu reumatyzmu kręgów szyjnych, doprowadzającego do bujania ich tkanki kostnej. Objawy opisane przy tej formie gośćca pokrywają się z dolegliwościami opisanemi w przypadku autorów. Chorzy skarżyli się również na bóle w okolicy potylicy, promieniujące do czoła, nudności, zawroty głowy, zaburzenia naczynioruchowe twarzy. Autorzy zwracając uwagę, że podrażnienie górnego końca nerwu kręgowego wywołuje nietylko skurcz miejscowy i nadciśnienie w tętnicy kręgowej, ale i nadciśnienie ogólne, które zjawiło się właśnie w początkowym okresie u chorej przez nich opisanej.

Środki lecznicze nerwu błędnego a wytwarzanie śluzu żołądkowego. (Medicaments du vague et production du mucus gastrique. L o e p e r, O l l i v i e r e t F a u.

Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. Nr. 24, 1933.

Autorzy określali śluz żołądka, strącając go na zimno za pomocą kwasu octowego i oznaczając wagowo. Jako śniadania próbnego używali 200 gr. 30% rozczynu białka kurzego z 20 gr. glukozy. Badania, polegające na oznaczaniu stopnia kwasoty, ilości pepsyny, liczby ciałek białych i zawartości śluzu w soku żołądkowym, wykonywane były przed i po wstrzyknięciu śródżylnem pół miligrama atropiny. Badanie to wykonane u 2 osób zdrowych wykazało, że atropina zmniejsza wydzielanie kwasu solnego i pepsyny, powiększa liczbę ciałek białych i odsetek śluzu. Podobne wyniki otrzymano u jednej chorej z niestrawnością żołądka i u jednej chorej z nadmiernie kwaśną zawartością soku żołądkowego. Po zastosowaniu eseriny wystąpił spadek śluzu i leucocytów, nieznaczne wzniesienie ogólne kwasoty i pepsyny. W dalszych badaniach autorzy stwierdzili, że po elektrycznem podrażnieniu nerwu błędnego śluz znikał całkowicie z żołądka, natomiast po przecięciu n. błędnego na powierzchni śluzówki gromadziła się gruba warstwa śluzu. Doświadczenia te wykazują więc, że nerw błędny prowadzi do wydzielania kwaśnego soku żołądkowego, że hamuje wytwarzanie śluzu oraz leucopedezę. Stałemu podrażnieniu nerwu błędnego odpowiada większa zawartość HCl w soku żołądkowym i słabe wytwarzanie śluzu. Nerw błędny jest więc czynnikiem wydzielania kwaśnego. Wobec tego środki lecznicze zmniejszające pobudliwość nerwu błędnego nietylko hamują wydzielanie kwasu solnego i pepsyny, ale wpływając korzystnie na wydzielanie śluzu mogą mieć wpływ dodatni na owrzodzenie żołądka.

Ciężka żółtaczka wywołana zatruciem atofanem. (Ictère grave du à intoxication cinchophenique). F i e s s i n g e r e t F e r m e t.

Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des. Hôp. Nr. 26, 1933.

Opis chorej, u której wystąpiła ciężka żółtaczka po dłuższem zażywaniu atofanu, którego chora spożyła w ciągu trzech miesięcy około 50 gr. Cierpienie zaczęło się ogólnem osłabieniem, w następstwie wystąpiła żółtaczka, senność, wreszcie zjawiły się objawy oponowe. W końcowym okresie zjawił się rumień o charakterze pokrzywki. Równocześnie z objawami ze strony wątroby wystąpił białkomocz i ciężka azotemia. Chora zmarła. Sekcja wykazała ciężkie zmiany wsteczne miąższu wątrobowego. Autorzy podkreślają, że atofan należy dawkować ostrożnie i podawać w okresach krótkich, przerywanych przerwami wypoczynkowemi; leczenie ciągłe i długotrwałe powinno być zupełnie zaniechane.

Trudności leczenia szczepionkami duru brzusznego. (Les difficultés du problême de la vaccinothérapie de la fièvre typhoide). P a r B é s a n ç o n, D u r u y e t D u c h o n.

Presse Médicale. Nr. 96, 1933.

Pomimo, że leczenie szczepionkami zdawałoby się jednym z najbardziej wskazanych sposobów leczniczych w durze brzusznym, którego samoistne wyleczenie jest następstwem procesu uodporniania, jednakże metoda ta dotychczas nie jest rozpowszechniana. Różnorodność dotychczasowych wyników jest prawdopodobnie spowodowana nietylko różnicami używanych szczepionek, ale i różnicami dawek. Pewne dawki szczepionki działają podobnie jak środki bodźcowe; dawki duże powodują nieraz znaczną nadwyżkę ciepłoty. W tych przypadkach pomimo ogólnie dobrego stanu chorych krzywa ciepłoty utrzymuje się na wysokim poziomie i podobna jest do krzywej przypadków leczonych bez stosowania szczepionek. Dopiero po wprowadzeniu dawek słabszych otrzymali autorzy zmiany krzywej ciepłoty, jej obniżenie i krótsze trwanie. Autorzy zauważyli jednak, że nieraz, nawet gdy szczepionka początkowo obniżała ciepłotę, to po przejściowym okresie poprawy następowało zaostrzenie, które zdawało się pogarszać pod wpływem codziennych wstrzykiwań szczepionki, nieraz występowały w tych przypadkach powikłania płucne, nerkowe, krwawienia, etc. Powikłania te mogły być spowodowane wtórnem zakażeniem albo też zbyt częstem wstrzykiwaniem szczepionki. Za pierwszem przypuszczeniem przemawia spostrzeżenie, że powikłania wtórne zniknęły z chwilą gdy do szczepionki durowej zaczęto dodać szczepionek wielowartościowych. Ostateczna ocena wyników działania różnych szczepionek jest niezmiernie utrudniona dzięki temu, że charakter epidemji duru brzusznego jest zmienny. Z punktu widzenia klinicznego charakterystyczną cechą szczepionek mieszanych jest brak nawrotów po ich zastosowaniu, skrócenie krzywej ciepłoty, równolegle do tego zmniejszają się objawy jelitowe, znikają rozwolnienia, wzdęcia, zjawia się a-

petyt. Rzadkie i nieznaczne są również powikłania płucne. Leczenie szczepionkami mieszanemi nie pociąga za sobą ponadto żadnych powikłań.

Leczenie zapaści w przebiegu śpiączki cukrzycowej. (Traitement du collapsus au cours du côma diabétique). Par Labbé et Roulin.

Presse Médicale. Nr. 88, 1933.

Autorzy zwracają uwagę na niebezpieczeństwo zapaści w przebiegu śpiączki cukrzycowej. Zapaść ta bywa nieraz przyczyną śmierci pomimo leczenia insuliną i pomimo tego, że zakwaszenie znika. W przebiegu każdej śpiączki czuwanie nad ciśnieniem krwi jest również ważne jak badanie moczu. Określanie ciśnienia powinno się odbywać często, nietylko w ciągu pierwszego dnia śpiączki, ale i wtedy gdy chory odzyska przytomność. Zapaść zjawia się czasami 6 — 12 godzin po rozpoczęciu śpiączki, nieraz bywa jednak późniejsza i występuje i po 36 godzinach. W przebiegu śpiączki niema właściwie żadnego znaku ostrzegawczego o zliżającej się zapaści, jedynie znaczne zmniejszenie ilości moczu lub anuria całkowita są groźnym znakiem ostrzegawczym, najważniejszym objawem jest jednak obniżenie ciśnienia tętniczego. W przebiegu banalnej śpiączki cukrzycowej ciśnienie skurczowe wynosi 9—12 mg. Hg. Jeżeli jest ono niższe należy to uważać za zapaść i odpowiednio postępować. Często w tych przypadkach ciśnienie spada coraz bardziej, wahania oscylometru stają się coraz mniejsze przy dużej częstości tętna. Pomimo ciężkiego stanu krążenia tony serca są dobrze słyszalne. Środki sercowe niezależnie od sposobu ich podania, doustnego lub śródżylnego, pozostają bez skutku. Autorzy, opierając się na stwierdzeniu głośnych tonów serca przy nizkim ciśnieniu krwi przypuszczają, że zapaść jest pochodzenia naczyniowego i z tego względu stosują adrenalinę w dużych dawkach podskórnie lub też drogą śródżylną. Wstrzykiwania śródmięśniowe adrenaliny nie dały żadnych wyników. Autorzy stosowali duże dawki adrenaliny, podając raz 3 mg. adrenaliny w dwóch litrach fizjologicznego roztworu NaCl śródżylnie, w innym przypadku dali 1 mg. w ½ litrze. Wstrzyknięcie trwało w pierwszem przypadku więcej niż 2 godziny, w drugim około godziny. W jednym i drugim przypadku nastąpiła znaczna poprawa już w pierwszych kilkunastu minutach po rozpoczęciu wstrzykiwania, nie była ona więc spowodowana przez fizjologiczny roztwór *soli lecz przez adrenalinę;* ciśnienie krwi się podniosło powyżej swego poziomu przed zapaścią.

W przebiegu każdej spiączki cukrzycowej należy więc myśleć o niebezpieczeństwie zapaści, z tego powodu konieczne jest częste mierzenie ciśnienia krwi; jeżeli ciśnienie krwi opada poniżej 9 — 10 cm. należy przeciwdziałać grożącej zapaści albo przez wstrzykiwania adrenaliny albo jeżeli chory może połykać przez doustne podawanie efedryny. Jeżeli ciśnienie skurczowe opada poniżej 9 mm. Hg. powinno się dać 1 mg. lub więcej adrenaliny w 1 litrze roztworu fizjologicznego ew., jeżeli ciśnienie się nie podniesie, a nawet ponownie opadnie, należy powtórzyć wstrzyknięcie adrenaliny.

O działaniu przeciwastmatycznem, przeciwskurczowem i skrzepiającem pewnych wyciągów narządów i tkanek. (Sur quelques extraits d'organes et de tissus à action antiasthmatique, antispasmodique et tonifiante). Par S. Schwartzman.

Presse Médicale. Nr. 88. 1933.

Opracowana przez autora metoda leczenia dusznicy bolesnej za pomocą wyciągów z mięśni obwodowych cieląt wykazała korzystne wyniki nietylko w dusznicy bolesnej, ale i w dychawicy sercowej, ma ona także wpływ korzystny na pewne objawy wegetatywne np. napadowe ślinienie i pocenie się, na ziębnięcie rąk i nóg, skurcze przełyku i krtani, wreszcie nieokreślone stany bojaźni. Wyciągi mięśniowe zmniejszają wydzielanie kwasu solnego w żołądku, zmniejszają dolegliwości świądu starczego i pewnych form pryszczycy, naogół działanie ich rozciąga się na wszystkie dziedziny podlegające wpływowi układu wegetatywnego. W dalszych badaniach autor doszedł do przekonania, że wyciągi skóry posiadają wszystkie właściwości wyciągów mięśniowych, a nawet, że działają one w tych przypadkach, w których wyciągi mięśniowe zawodzą. Podobne działanie jak wyciągi mięśniowe posiadają również i wyciągi opłucnej, ich wpływ przeciwdusznościowy jest nawet wyraźniejszy i zaznacza się szczególnie u chorych niewyrównanych z wadami zastawki dwudzielnej. Wpływ wszystkich wyciągów na skład krwi jest podobny, zmniejszają one poziom azotu resztkowego i kwasu mlecznego. Tłumaczy to korzystne działanie wyciągów w przebiegu marskości nerek i mocznicy średniego stopnia. Wyciągi mięśniowe działają ponadto rozszerzająco na naczynia i zmniejszają ciśnienie krwi; podobnie działają i inne wspomniane tutaj wyciągi. Jednak ogólny korzystny wpływ wyciągów tkankowych nie może polegać tylko na obniżeniu ciśnienia krwi, gdyż to ostatnie jest nieraz przejściowe, podczas gdy lecznicze działanie wyciągów utrzymuje się często przez miesiące, zrestą wpływ ten występuje i w stanach podciśnienia. Dynamika procesów wyzwolonych w ustroju przez działanie wyciągów jest bardzo złożona, wpływają one na zakwaszenie, zmieniają chemizm krwi, zmniejszają pobudliwość układu wegetatywnego i wpływają na układ koloidalny.

Szmer ciągły nad górną częścią tarczycy jako cecha charakterystyczna zespołu objawowego choroby Basedowa. (Le souffle continu thyroidien supérieur signe caracteristique du syndrôme basedovien. Par Lian, Caen, et Dumery.

Presse Médicale. Nr. 96. 1933.

Wiele z objawów choroby Basedowa posiada charakter banalny, nie pozwalający jeszcze na postawienie rozpoznania. Do takich objawów należy częstoskurcz, drżenie rąk, nerwowość. Wytrzeszcz gałek ocznych może istnieć niezależnie od choroby Basedowa i zależeć, między innemi, od przeważającego napięcia nerwu współczulnego. Równoczesne stwierdzenie kilku z wymienionych objawów nasuwa podejrzenie co do cho-

roby Basedowa, za którą przemawia jeszcze i wychudzenie chorych. Wobec pewnej praktycznej trudności w wykonaniu badania podstawowej przemiany materji, której wynik może jedynie decydować, czy sprawa chorobowa spowodowana jest zbyt wysokim napięciem nerwu współczulnego, czy też nadmiernie wzmożonem wydzielaniem tarczycy, jest rzeczą niezmiernie ważną, dla lekarza, by mógł w sposób prosty stwierdzić nadczynność tarczycy. Jako jeden z takich znaków nadczynności tarczycy opisali autorzy przeczulicę okolicy tarczycy. Objaw ten występuje we wczesnej nadczynności tarczycy. Obrzmiała tarczyca nie mieści się w otoczce, stąd nadwrażliwość i ból po lekkiem nakłuciu skóry. W tych przypadkach, w których otoczka przystosowuje się stopniowo do zwiększającej się tarczycy, a więc w przypadkach wola trwającego z dawna, objawu tego niema. Znaczenie przeczulicy skórnej w sąsiedztwie tarczycy polega na tem, że w przypadkach niejasnych przy wzmożonem napięciu nerwu współczulnego równoczesne stwierdzenie przeczulicy, przemawia za zmianą patologiczną tarczycy. Drugim takim znakiem charakterystycznym dla nadczynności tarczycy jest szmer o charakterze ciągłym, występujący nad górną jej częścią. Objaw ten jest patologiczny dla choroby Basedowa, gdyż w tej okolicy tylko tętniak tętniczożylny mógłby się stać przyczyną omyłki, jest to jednak sprawa tak rzadka, że prawie nie wchodzi w rachubę. Szmery skurczowe w okolicy tarczycy nie mają wielkiej wartości dla stwierdzenia jej nadczynności, powstają one i u osób zdrowych przy ucisku tętnicy dogłowowej przez słuchawkę, ponadto i szmery z tętnicy głównej przenoszą się w okolicę tarczycy, wreszcie ucisk tętnicy dogłowowej przez wole znaczniejszej wielkości może również wywołać szmer. Szmer towarzyszący nadczynności tarczycy posiada przedewszystkiem charakter ciągły, jest słyszalny najlepiej tylko na wewnątrz od górnego bieguna płatów bocznych; przy osłuchiwaniu samej tarczycy można go przeoczyć, a słyszy go się nad nią tylko wtedy, gdy jest bardzo silny. W takich przypadkach można go również wyczuć. Szmer jest słyszalny bez żadnego ucisku słuchawki, powinna ona zaledwie dotykać skóry, nie jest więc wywołany sztucznie. Charakter samego szmeru bywa zmienny, w okresie poprawy zmniejsza się, a nawet może zniknąć. Mechanizm szmeru jest podobny do szmerów, występujących przy połączeniach tętniczożylnych. W przebiegu choroby Basedowa nietylko w samej tarczycy, ale i w tkankach sąsiednich naczynia są znacznie rozszerzone. Połączenia między żyłami a tętnicami są szerokie, stwierdzono to w przebiegu zabiegów chirurgicznych, które wykazały szerokie, tętniące żyły. Autorzy podkreślają, że we wszystkich przypadkach w których stwierdzili opisany szmer przemiana podstawowa była powiększona; szmer nie jest rzadki, gdyż występuje mniej więcej u 20% chorych. Odróżnienie tego szmeru od szmerów anemicznych jest również łatwe, gdyż te ostatnie są najsilniejsze w sąsiedztwie obojczyka, podczas gdy opisany szmer znajduje się znacznie wyżej.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Zmęczenie i przeciążenie pracą u dzieci w wieku szkolnym. (La fatigue et la surmenage chez l'enfant d'âge scolaire). E. L e s n é.

Pédiatrie. Février, 1934.

Rozpoznanie i leczenie zmęczenia u dzieci w wieku szkolnym jest częstem ale trudnem do rozwiązania zadaniem. Zmęczenie — określenie jasne dla wszystkich — obejmuje zespół objawów niedokładnie zróżniczkowanych.

W stosunku do dzieci, źle analizujących swe wrażenia, rodzice i wychowawcy wyciągają często błędne wnioski opierając się na zewnętrznym wyglądzie dzieci.

Należy odróżniać zmęczenie przejściowe, fizjologiczne od zmęczenia trwałego, patologicznego.

Zmęczenie przemijające cechuje się obniżeniem zdolności czynnościowej narządów, wywołane nadmiernym wysiłkiem, z towarzyszącem mu uczuciem niedyspozycji. Zmęczenie wywołuje niechęć do pracy i potrzebę wypoczynku, po którem uczucie zmęczenia ustępuje.

Zmęczenie patologiczne jest to stan przewlekły, cechujący się również — niewydolnością czynnościową narządów i przykremi wrażeniami subjektywnemi. Stan ten bywa następstwem nadmiernej pracy, fizycznej lub umysłowej, lecz może powstawać i niezależnie od wyczerpania pracą, oraz w odróżnieniu od zmęczenia fizjologicznego, — nie ustępuje po zwykłym wypoczynku.

Przeciążenie pracą fizyczną lub umysłową daje zupełnie podobny obraz kliniczny trwałego zmęczenia.

Istnieją szerokie różnice w odporności osobniczej na zmęczenie. Dzieci w jednym wieku, wykonując identyczną pracę ulegają zmęczeniu w różnym stopniu. Wpływa na to osobnicza niewydolność czynnościowa lub organiczna różnych narządów; dlatego też zmęczenie może wystąpić i bez przeciążenia pracą.

Dziecko zmęczone ma dość charakterystyczny wygląd: skóra blada, oczy błyszczące i podkrążone, wiotka postawa, powłóczenie nogami przy chodzeniu. Psychicznie zdradza drażliwość, pobudliwość, lub też przygnębienie, apatję i obojętność do zabaw. Częste są bóle głowy. Dziecko zmęczone niezdolne jest do napięcia uwagi; sypia płytko i niespokojnie; wykazuje brak łaknienia. Szybkie ruchy wywołują duszność i przyśpieszenia tętna, które nie powraca natychmiast do normy.

Wyczerpanie fizyczne lub umysłowe osłabia odporność w stosunku do zakażeń, co znalazło potwierdzenie doświadczalne (*Charrin*, *Roger*, *Vincent*). Ogólne objawy, wygląd w zachowaniu się dziecka są identyczne przy wyczerpaniu fizycznem i umysłowem.

Zmęczenie psychiczne powstaje wskutek wysiłku skupienia uwagi przy niedostatecznym wypoczynku. Dzieci małe (z przedszkoli), które nie zadają sobie świadomego trudu trwałego napięcia uwagi, nie ulegają zwykle zmęczeniu psychicznemu w tym stopniu, jak dzieci starsze, które siłą woli lub karności i posłuszeństwa zmuszają się do długotrwałych wysiłków utrzymania uwagi w napięciu.

Zmęczenie umysłowe bywa poprzedzane okresem pobudzenia czynności mózgowej, po którym następuje okres wyczerpania. Zmęczenie fizyczne obniża zdolność do pracy umysłowej, — i odwrotnie. Praca umysłowa nie jest wypoczynkiem po pracy fizycznej.

W stosunku do wyczerpania umysłowego istnieją także osobnicze różnice odpornościowe. Należy pamiętać, że wysiłek woli, przystosowanie się, wdrożenie do pracy, mogą maskować istnienie wyczerpania.

W wieku szkolnym najczęściej spostrzega się zmęczenie umysłowe w okresie powrotu z wakacji(brak wdrożenia) i przy zakończeniu roku szkolnego.

Dwa ważne objawy cechują zmęczenie psychiczne: opóźnienie przy wykonywaniu pracy, błędy w wykonaniu, narastające w miarę postępów wyczerpania.

Osłabienie zdolności zapamiętywania jest jednym z pierwszych objawów zmęczenia, zarówno fizycznego jak umysłowego.

Istniejące różne sposoby i testy dla mierzenia zmęczenia mają tylko względne znaczenie pedagogiczne, — lecz nie wskazują na rodzaj i przyczynę zmęczenia. Te ostatnie dane są najważniejsze dla lekarzy, gdyż tylko ustalenie przyczyny może wskazać sposoby zapobiegania i leczenia zmęczenia patologicznego u dzieci w wieku szkolnym.

Lekarz przedewszystkiem powinien wykluczyć wszelkie czynnościowe lub organiczne cierpienia ustroju, które mogą symulować wyczerpanie. Istnieją także dzieci, które symulują zmęczenie, bądź przez lenistwo, bądź wskutek wstrętu do pewnego rodzaju pracy.

Obecnie często spotyka się wyczerpanie fizyczne u dzieci, wskutek nadmiaru sportów lub ćwiczeń wadliwie prowadzonych. Przed 30 — 40 laty, ten rodzaj zmęczenia u dzieci był nieznany.

Istnieją także u dzieci w wieku szkolnym stany wyczerpania pracą umysłową. Znaczna liczba dzieci pracuje w ciągu tygodnia dłużej, niż robotnicy, i to często w bardzo złych warunkach higjenicznych.

Po wykluczeniu nadmiaru pracy, jako czynnika zmęczenia patologicznego, należy zastanowić się dlaczego niektóre dzieci wykazują objawy zmęczenia, nie będąc przeciążonemi nienormalną pracą.

Należy wykluczyć nawet drobne wady wzroku i słuchu, które zmuszają dziecko do wzmożonego napięcia uwagi. Ważne znaczenie mają wszelkie zaburzenia wymiany gazowej w płucach (upośledzenie drożności nosa, przerosty migdałków, wyrośla adenoidalne, rozstrzenie oskrzeli, astma).

Dzieci zmęczone wykazują często zaburzenia żołądkowo-jelitowe, niestrawność, zaparcia i t. p.; niezawsze można ustalić czy zmęczenie jest wtedy objawem pierwotnym czy następstwem wtórnem tych zaburzeń.

Leczenie zaburzeń żołądkowo - jelitowych wywiera czasami pomyślny wpływ na objawy zmęczenia. Należy zwalczać u dzieci zbyt pośpieszne jedzenie, nadmiar potraw mącznych, atonję żołądkowo-jelitową, zaparcia, niedomogę wątroby.

Ukryta niewydolność nerkowa, lub zapalenie miedniczek nerkowych objawiać się może bólami głowy i uczuciem zmęczenia. W okresie zdrowienia po chorobach zakaźnych, dzieci długi czas mogą być przygnębione i zmęczone.

Wreszcie niektóre stany konstytucjonalne i zaburzenia hormonalne cechują się objawami zmęczenia, szczególnie stanu niedomogi lub nadczynności tarczycy, które często zdarzają się szczególnie u dziewcząt w okresie przekwitania. Leczenie jodem zwalcza wtedy skutecznie objawy zmęczenia[1]).

Istnieje otyłość wrodzona cechująca się wybitnemi objawami zmęczenia. U chłopców zdarza się otyłość patologiczną w okresie pokwitania, z towarzyszącym zanikiem jąder (zespół Babińskiego — Frölich'a). Dzieci te niezdolne są do wysiłków fizycznych i intelektualnych.

Przygnębione i zmęczone są dzieci wykazujące w okresie pokwitania cechy objęte nazwą infantilismus. W okresie pokwitania nawet dzieci zupełnie normalne łatwo ulegają zmęczeniu i wyczerpaniu.

Zapobieganie wyczerpaniu u dzieci szkolnych ma większe znaczenie niż leczenie następstw. Przedewszystkem należy dbać o warunki higjeniczne, w których odbywa się praca i o dostosowaniu pracy do odporności osobniczej.

Paul-Boncour i *Laufer*, badając zdolność napięcia uwagi u dzieci, doszli do wniosku, że zdolność ta nie przekracza 2 godzin na dobę u dzieci 6—7 lat, oraz 4—5 godzin u dzieci 12 — 13-letnich.

Przedłużanie godzin pracy jest bezcelowe dla tych dzieci, które nie chcą pracować, oraz szkodliwe dla tych, które pracują. Należy ograniczyć czas zajęć do minimum, przerywając je wypoczynkiem na świeżem powietrzu.

Za podstawę do rozmieszczania dzieci według klas nie należy brać wieku dziecka, lecz jego poziom umysłowy.

Bardzo ważnym czynnnikiem jest czas trwania snu dziecka. Wynosi on:

W wieku od 3—5 lat — 14 — 15 godzin na dobę; w wieku od 5—7 lat 13 godzin na dobę; w wieku od 7 — 10 lat — 12 godzin na dobę; w wieku od 10 — 15 lat — 11 godzin na dobę; w wieku od 15 — 18 lat — 10 godzin na dobę.

Słowem sprawa zapobiegania i leczenia zmęczenia u dzieci szkolnych jest b. złożoną i może być rozwiązaną tylko przy ścisłej współpracy wychowawców.

Praca fizyczna i umysłowa powinna być oparta na dokładnej znajomości fizjologji i odporności osobniczej, w stosunku do wieku, płci, oraz rozwoju fizycznego i psychicznego dzieci.

Jedynie na tej podstawie oparty program pracy może zapobiegać stanom wyczerpania dzieci szkolnych.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Leczenie ukąszeń przez węże jadowite. (Traitement des morsures de serpents). R o u q u è s.

La Presse Méd. Nr. 104, grudzień 1933.

Najlepszym i najpewniej prowadzącym do celu środkiem leczniczym jest tutaj swoista surowica przeciwko zatruciu jadem wężowym, wpro-

[1]) Dawki jodu muszą być prawie homeopatyczne (dop. ref.).

wadzona ogólnie do lecznictwa odnośnych przypadków po ogłoszeniu prac i doświadczeń Calmet-e'a. Jednakże, nie wszędzie i nie zawsze ma się taką surowicę pod ręką, dlatego też dobrze jest wiedzieć i pamiętać o tych środkach, które w sposób prosty i łatwy (dostępny nawet dla nielekarzy) utrudniają przedostawanie się jadu z miejsca ukąszenia do ogólnego krwiobiegu i w sposób mniej lub więcej skuteczny niszczą ten jad na miejscu, rozkładając go na składniki nietrujące.

Natychmiast po ukąszeniu należy podwiązać kończynę tuż powyżej rany i, następnie, co 10 minut zakładać nową opaskę uciskową, za każdym razem o parę centymetrów wyżej, zdejmując opaskę dawną — w ten sposób niedopuszcza się do gwałtownego przeniknięcia jadu do ogólnego krwiobiegu. W tym samym czasie należy naciąć skórę poprzez otwory po wkłuciu zębów jadowitych tak głęboko, jak głęboko sięgają rany kłute, nie tamując przy tem krwawienia, aby ściekająca krew wypłókała jaknajwięcej jadu z rany; względnie, można sobie pomóc przy tem wysysaniem (uwaga na ewentualne uszkodzenia śluzówki ust!).

Następujące środki farmakologiczne rozkładają jad wężów: 1% roztwór nadmaganianu potasu, 1% roztwór chlorku złota, roztwór chlorku wapnia lub podchlorynu wapnia 1 : 12 — rozcieńczony bezpośrednio przed użyciem wodą 5—6 krotnie, 1% roztwór kwasu chromowego i inne. Środki powyższe bądźto wstrzykuje się w otoczenie rany, bądź też stosuje się w okładach na ranę.

Bardzo dobre wyniki daje wycięcie zranionego odcinka skóry (wielkości monety) bezpośrednio po ukąszeniu, stosowane szeroko przez ludność pewnych okolic Afryki (przy użyciu specjalnych nożyków), szczególnie często narażoną na ukąszenia przez jadowite węże.

Rentgenografja tylnej cewki moczowej i jej przydatków. (La radiographie de l'urèthre postérieur et de ses annexes). H a r t o l o w i c z i K a t z — G a l a t z i.

Journ. d'Urologie XXXVI — Nr. 5, listopad 1933.

Zdjęcia rentgenowskiego dokonuje się w c z a s i e w p r o w a d z a n i a płynu kontrastującego do cewki tylnej (a tem samem — i do pęcherza), p o j e g o w p r o w a d z e n i u, lub też w c z a s i e d o w o l n e g o o p r ó ż n i a n i a pęcherza przez chorego — z wprowadzonego tam uprzednio płynu kontrastującego. Jest to sposób badania prosty i całkowicie bezpieczny, przy uwzględnieniu następujących zastrzeżeń: 1) nie wykonuje się go w ostrych stanach zapalnych cewki, 2) po zabiegach wewnątrzcewkowych (wprowadzanie przyrządów) dopiero po przerwie 3-dniowej, 3) po krwotokach z cewki (rozdarcia) — nie wcześniej, jak po 8 — 10 dniach. Znaczenie tego sposobu polega nietylko na uzupełnianiu danych, dostarczanych przez inne metody badania, ale także, w całym szeregu przypadków tylko na tej drodze udaje się uzyskać pewne wskazówki rozpoznawcze (zwężenia nie dające się ustalić zapomocą zgłębników, przetoki, zaburzenia rozwojowe, uchyłki cewki i jej przydatków). Pozatem, rentgenografja tylnej cewki pozwala na ściśle sprecyzowanie wskazań operacyjnych i dokładne ustalenie technicznego planu operacji: po operacji zaś — pozwala na skontrolowanie jej wyników.

W przypadkach obrażenia śluzówki, — umożliwia szybkie zorjentowanie się co do obecności zacieków moczowych dookoła cewkowych i zastosowanie w razie potrzeby właściwego leczenia, któreby zabezpieczyło przed następowem zbliznowaceniem i zwężeniem cewki. Zdjęcie rentgenowskie cewki w chwili urynowania (po uprzedniem napełnieniu pęcherza płynem kontrastującym) wykaże prawidłowość względnie nieprawidłowość samej czynności urynowania i ewentualnie wytłumaczy mechanizm częściowego zalegania moczu w przypadkach zwężeń cewki, przewlekłych zapaleń sterczu i guzów sterczu.

Rentgenografja tylnej cewki moczowej daje szczególnie cenne wskazówki w następujących schorzeniach: 1) ostre zapalenia i ropnie (ostre i przewlekłe) gruczołu krokowego, guzy i kamica sterczu, 2) zapalenia pęcherzyków nasiennych, 3) rozległe zwężenia cewki tylnej, 4) uchyłki i fausses routes cewki tylnej. Na obrazach rentgenowskich zaznacza się tutaj: wydłużenie, zagięcia i inne zniekształcenia cewki, zniekształcenie zarysów dna pęcherza, całkowite lub częściowe powiększenie sterczu, obecność w nim jam, komunikujących się ze światłem cewki, rozszerzenie kanałów wewnątrzsterczowych, obecność kamieni wewnątrz sterczu, zaleganie moczu w pęcherzu, cewka moczowa — w kształcie sztywnej i niepodatnej rury, jej zwężenia, uchyłki (fausses routes).

Duże usługi oddaje rentgenografja u dzieci, u których wykonanie wziernikowania pęcherza czy też cewki napotyka, ze zrozumiałych względów, na znaczne trudności.

Obrazy kliniczne złamań i zwichnięć w zakresie stępu. (Etude clinique des traumatismes fermés du tarse postérieur). D a r f e u i l l e.

La Presse Méd. Nr. 1, styczeń 1934.

I. *Złamanie kości piętowej.* Najbardziej typowem i częstem jest z ł a m a n i e p o n i ż e j w z g ó r k o w e (fractura infrathalamica). Mechanizm: upadek z wysokości na stopy. Przy oglądaniu rzuca się w oczy powiększenie poprzecznego wymiaru tylnej połowy kości piętowej, wypełnienie zagłębień poniżej kostkowych, skrócenie wymiaru pionowego kości piętowej, wygładzenie wysklepienia podeszwowego stopy i jej tendencja w kierunku koślawości. Rozległe podbiegnięcia krwawe mogą sięgać od okolicy pozakostkowej aż do nasady palców. Ściskanie palcami kości piętowej w kierunku poprzecznym jest bolesne. Chodzenie jest uniemożliwione z powodu bólu.

Stopień zniekształcenia złamanej kości ocenić można dopiero na zdjęciu rentgenowskiem, orjentując się przy tem zachowaniem się tak zwanego kąta Boehlera, utworzonego, przez następujące 2 proste: jedną — styczną do górnej powierzchni tylnej części kości piętowej (części pozawzgórkowej), drugą — styczną do górnej powierzchni tejże kości w jej przedniej części (wzgórkowej). Kąt ów w warunkach prawidłowych wynosi 25 — 40°. Przy nieznacznem załamaniu się części wzgórkowej (stawowej) kości piętowej kąt Boehlera maleje do 0, przy rozległem zaś jej wgnieceniem z zapadnięciem się w powstałą wyrwę

kości napiętkowej — kąt ten maleje w d. c., przybierając wartości ujemne.

Leczenie w tego rodzaju przypadkach będzie polegało w pierwszym rzędzie na uniesieniu ku górze (na swoje miejsce) części wzgórkowej i stworzeniu dla niej oparcia od dołu przez wypełnienie powstałej wskutek urazu jamy wewnątrz kości piętowej.

Do znacznie rzadszych postaci złamań kości piętowej należy jej złamanie skośne (z góry i przodu — w dół i do tyłu), odłamanie wyrostka bocznego (sustentaculum tali), oderwanie przyczepu ścięgna Achillesa i inne.

II. *Złamania kości napiętkowej.* Najczęściej ma tutaj miejsce złamanie poprzeczne szyi lub trzonu. Obraz kliniczny jest następujący: stopa jest silnie zgięta podeszwowo, w ustawieniu szpotawem, kostka zewnętrzna uwypukla się pod napiętą nad nią skórą, wygięcie wewnętrznego brzegu stopy jest nasilone, grzbiet stopy — jakby skrócony, a odległość kostek od powierzchni podeszwowej — zmniejszona; zaznacza się wyraźna bolesność uciskowa grzbietu stopy tuż do przodu od kości goleniowej. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje znaczne rozejście się odłamów, z przemieszczeniem się odłamu tylnego do tyłu.

Do rzadszych postaci należy złamanie kości napiętkowej podłużne — na 2 odłamy, (prawy i lewy) nierównej wielkości. Należy również pamiętać tutaj o możliwości wykręcenia stawu (distorsio) dotyczącego zwykle stawu napiętkowo-łódkowatego i piętowo-sześcianowatego (upadek z konia przy uwięźnięciu stopy w strzemieniu).

Należy wspomnieć w związku z opisanemi złamaniami o następstwach niewłaściwie leczonych i wadliwie wygojonych złamań kości stopy; zrost odłamów w wadliwem ustawieniu powoduje zwykle znaczne zaburzenia w statyce stopy, co z kolei utrudnia znacznie choremu chodzenie (np. pourazowa płaska stopa).

III. *Zwichnięcia w stawie goleniowo-napiętkowym i napiętkowo-piętowym.* Zwichnięcie w stawie goleniowo-napiętkowym jest naogół rzadkiem (to drugie zwichnięcie jest znacznie częstszem), cechuje go przemieszczenie stopy do tyłu, z pozornem jej skróceniem, znacznem uwypukleniem kości piętowej do tyłu, a dolnej nasady kości goleniowej — do przodu (ze wzmożonem napięciem skóry w tem miejscu) i z częstem stosunkowo odłamaniem szczytu jednej lub obu kostek. Stopa — zależnie od zachowania się kości napiętkowej — może ulec skręceniu dowewnątrz lub nazewnątrz. Zwichnięcia w stawie napiętkowo-piętowym są znacznie częstsze; są to bądź-to zwichnięcia dowewnątrz (stopa zgięta grzbietowo, przywiedziona, jakby skrócona w swym wymiarze pionowym, do przodu zaś od kostki zewnętrznej wymacuje się pod napiętą skórą kość napiętkową), bądź też zwichnięcia nazewnątrz (stopa w ustawieniu koślawem, kość napiętkowa — przemieszczona dowewnątrz, uwypukla się tutaj wyraźnie), znacznie rzadziej — zwichnięcia do tyłu lub do przodu.

IV. *Rozerwanie ścięgna Achillesa.* Rzuca się w oczy w tego rodzaju przypadkach, wybitnie zaznaczone końskie ustawienie stopy, wyraźne wklęśnięcie od tyłu w miejscu przerwania ścięgna (w pierwszych godzinach po wypadku, dopóki nie wystąpi obrzęk) i niemożność zgięcia grzbietowego stopy (wszelkie próby w tym kierunku są bardzo bolesne). Schorzenie to (o ile nie towarzyszy mu uszkodzenie skóry) daje wskazanie do natychmiastowego zeszycia operacyjnego zerwanego ścięgna.

Przypadek kliniczny guza okolicy lewego podżebrza. (Tumeur de l'hypocondre gauche). Ramond.

La Presse Méd. Nr. 4, styczeń 1934.

Dziewczyna 16-letnia uległa przed 10 miesiącami urazowi: padając uderzyła się silnie okolicą podżebrza lewego o brzeg chodnika. W miesiąc po tem zaczęła odczuwać, początkowo — nieznaczne, później coraz dokuczliwsze bóle w okolicy lewego podżebrza i lewego boku, połączone z uczuciem ciążenia; żadnych innych dolegliwości nie miała, swych zajęć zwykłych nie przerywała. Po 8 miesiącach zauważyła ona zaznaczające się obrzmienie okolicy lewego podżebrza i nadbrzusza, uczucie ciążenia wzmogło się, chora osłabła i straciła apetyt; wystąpiły objawy żółtaczki zastoinowej, które, zresztą, wkrótce ustąpiły bez śladu (była to żółtaczka nieżytowa). Nigdy przedtem na nic poważnego nie chorowała; dziedziczenie nie obciążona.

Badanie przedmiotowe. Wzrost i odżywienie średnie, skóra i śluzówki bladawe; w okolicy podżebrza lewego stwierdza się obecność guza kulistego o gładkiej powierzchni, wielkości głowy dziecka, niebolesnego przy ucisku i mało ruchomego, spoistości elastycznej; guz ten chowa się częściowo pod łukiem żebrowym lewym, ale nie sięga do lewej okolicy lędźwiowej. Odgłos opukowy nad nim — stłumiony. Wątroba niezmieniona, gruczoły chłonne na szyi, pod pachami i w pachwinach — niepowiększone. Serce, płuca, naczynia, układ nerwowy, mocz — bez zmian chorobowych. Badanie morfologiczne krwi: ciałek czerwonych — 3.490.000, hemoglobiny 75%, białych — 10.000, w tem obojętnochłonnych wielojądrzastych — 83%, eozynochłonnych — 0, jednojądrzastych — 16%, limfocytów — 0, postaci przejściowych — 1. Odczyn Bordet-Wassermanna, Hechta i Meinickego we krwi — ujemny; odczyn Weinberga-Pavu również ujemny.

Rozpoznawanie różniczkowe. Guz ten nie może wychodzić z wątroby (lewego płata), gdyż jest wyraźnie oddzielony od niej i sięga zbyt daleko na lewą stronę. Nie może wychodzić z nerki, gdyż leży zbyt blisko przedniej ściany brzucha i nie balotuje przy badaniu dwuręcznem (od strony lędźwiowej). Na guz jajnika leży zbyt wysoko (młody wiek chorej), na guz krezki lub sieci jest bezwzględnie zamało ruchomy. Pozostają dwie ewentualności: guz śledziony i guz trzustki; z nich ta pierwsza jest bardziej w tym przypadku prawdopodobna. Jeśli się zatrzymać na guzie śledziony, to nie może to być guz zapalny: przymiotowy, gruźliczy, zimniczy, anaemia splenica, choroba Bantiego — gdyż w tych przypadkach śledziona zachowuje, mniej więcej, swój kształt charakterystyczny. A więc dany guz może być tylko torbielą śledzionową: bąblowcową, skórzastą lub krwawą (pourazową). Przeciwko bąblowcowi przemawia ujemny odczyn Weinberga-Parvu, brak w wywiadach pokrzywki i brak we krwi eozynofilji; przeciwko torbieli skórzastej — młody wiek chorej i ogromna rzadkość tego rodzaju umiejscowienia torbieli skórzastej. Pozostaje — torbiel krwawa pourazowa.

Chora powyższa została poddana operacji, która potwierdziła całkowicie rozpoznanie torbieli pourazowej (torbiel zawierała dwa litry płynu surowiczo-krwawego); w ścianie torbieli znaleziono resztki tkanki śledzionowej. Guz wycięto. Chora wyzdrowiała.

Metody lecznicze w przypadkach tak zwanego przerostu sterczu — poza typową metodą, polegającą na jego wyłuszczeniu. (Valeur des méthodes de traitement de l'hypertrophie prostatique en dehors de la prostatectomie) — temat programowy XXXIII Zjazdu Urologów Francuskich. Fey i Desset.

Journ. d'Urologie XXXVI — Nr. 5, listopad 1933.

Operacja doszczętnego wyłuszczenia sterczu w typowych przypadkach tak zwanego jego przerostu słusznie uchodzi za metodę leczniczą z wyboru. To też o innych metodach można myśleć tylko w tych przypadkach, kiedy prostatectomia jeszcze nie jest wskazana, lub w tych, w których istnieją do niej przeciwskazania (zbyt podeszły wiek, powikłania, słaba odporność chorego i t. p.). Są to: 1) sposoby farmakologiczne (wstrzykiwania do gruczołu pepsyny z nowokainą wdg. Pregla, podawanie wyciągów jądrowych, 2) osoby odziaływania pośredniego (podwiązywanie nasieniowodów, podwiązywanie kanalików nasiennych u ich wyjścia z górnego bieguna jądra — operacja Steinacha), 3) naświetlania promieniami radu lub Roentgena, 4) częściowe wycięcie sterczu we wzierniku.

Skuteczność wyżej wyliczonych sposobów ocenia się zależnie od tego, czy oddziaływują one na sam gruczoł — w kierunku jego zmniejszenia lub też zaniku, czy też wyłącznie na wtórne zmiany jak przekrwienie, stan zapalny i t. p. Tylko ostatnia z wyliczonych metod, częściowe wycięcie sterczu we wzierniku, może uchodzić za skuteczną to jest dającą wyraźne zmniejszenie guza i wybitne zmniejszenie względnie zupełne zniesienie zalegania moczu w pęcherzu. Pozostałe — są tylko półśrodkami, dającemi ten sam, naogół, efekt, co stałe zgłębnikowanie pęcherza, jego przemywania i t. p. sposoby. Do tego zaś, niektóre z nich są nawet niebezpieczne, gdyż grożą poważnemi powikłaniami jak zakażenie, zatrucie (naświetlania rentgenowskie).

A więc, pomijając główną metodę leczniczą przerostu sterczu — jaką jest jego wyłuszczenie, z metod dodatkowych na uwzględnienie zasługuje, praktycznie biorąc, tylko endoskopowe częściowe wycięcie guza. Operację tę wykonuje się bądź to poprzez pęcherz (zwykle u chorych, którzy już przedtem dlatego czy innego powodu mieli wytworzoną przetokę pęcherzową), bądź też od strony cewki moczowej w tym ostatnim przypadku poddaje się elektrokoagulacji te części gruczołu, które sterczą do światła cewki lub szyi pęcherza.

Wyniki, osiągnięte tą drogą, są naogół bardzo dobre, nie o wiele gorsze od wyników, jakie daje doszczętne wyłuszczenie sterczu — i to nietylko w przypadkach lekkich, ale również w cięższkich, powikłanych przewlekłem zaleganiem moczu (duże guzy). Do tego rodzaju leczenia nadają się w pierwszym rzędzie guzy zrazu pośrodkowego. Sposób ów ma 2 słabe strony: jedna — to możność nawrotu cierpienia po 1 — 2 latach, druga — to pewne niebezpieczeństwo powikłań pooperacyjnych jak krwotok, zakażenie i ogólne zatrucie. Śmiertelność pooperacyjna waha się u różnych chirurgów od 0 do 24%. Sam zabieg jest technicznie trudny i wymaga specjalnego wyrobienia ze strony chirurga. Okres przygotowywania chorego do operacji trwa parę tygodni, okres leczenia pooperacyjnego — conajmniej drugie tyle (stałe zgłębnikowanie pęcherza dotąd, dopóki mocz się nie oczyści całkowicie).

Leczenie doszczętne raka prawej połowy okrężnicy. (Le traitement du cancer du côlon droit). Gosset.

Journ. de Chirurgie T. 43. — Nr. 1, styczeń 1934 r.

Leczenie to polega, jak wiadomo, na wycięciu doszczętnem kątnicy wraz z końcowym odcinkiem krętnicy, wycięciu wstępnicy, zagięcia wątrobowego i conajmniej ⅓ do ½ poprzecznicy. Wycięcie to, o ile ma zabezpieczyć przed nawrotem raka, musi dotyczyć również całej odnośnej części krezki i zawartych w przestrzeni pozaotrzewnowej gruczołów chłonnych i luźnej tkanki łącznej. Koniecznem jest do tego rozległe odsłonięcie przestrzeni pozaotrzewnowej okolicy lędźwiowej, co z kolei pociąga za sobą niebezpieczeństwo uogólnienia zakażenia, umiejscowionego dotychczas w gruczołach i naczyniach chłonnych krezkowych i pozakrezkowych, otrzymujących chłonkę z okolicy guza nowotworowego, zwykle owrzodziałego i silnie zakażonego. W związku z tem śmiertelność pooperacyjna jest tutaj, naogół, dosyć wysoka i wynosi koło 25%, przyczem przyczyną zejścia śmiertelnego bywa znacznie częściej zakażenie tkanki pozaotrzewnowej, niż rozejście się szwu kiszkowego.

Autor podaje opis stosowanego przez siebie sposobu operowania doszczętnego raka prawej połowy okrężnicy, dzięki któremu udało mu się obniżyć śmiertelność pooperacyjną do 8%.

Pomijając przypadki silnego zatrucia wskutek długotrwałej niedrożności, w których chirurg zmuszony jest ograniczyć się jedynie do wytworzenia przetoki kałowej, — we wszystkich pozostałych przypadkach autor wykonywał wycięcie okrężnicy jednoczasowo (metoda z wyboru w przypadkach mało zaawansowanych) lub dwuczasowo (przypadki powikłane z przewlekłą niedrożnością, wzdęciem kiszek i t. p.). Przy operowaniu dwuczasowem, za pierwszym razem autor przecinał końcowy odcinek krętnicy i koniec doglowowy wszywał w pośrodkową część poprzecznicy; za drugim zaś — dokonywał właściwego wycięcia doszczętnego prawej połowy okrężnicy.

Dużą wagę przypisuje autor do właściwego przygotowania chorego do operacji (odpowiednia dieta, szczepienia zapobiegawcze, niepodawanie środków przeczyszczających) i wykonania zabiegu w znieczuleniu przewodowem (n. splanchnicus) względnie miejscowem, nigdy — w uśpieniu ogólnem.

Jeśli operacja ma być wykonana na 2 tempa, to pierwszą część wykonuje się z cięcia pośrodkowego, drugą — z cięcia skośnego od prawego łuku żebrowego w dół, równoległego do przebiegu włókien mięśnia skośnego zewnętrznego. Pierwsze tempo polega na ogólnem zorjentowaniu się co do rozległości procesu nowotworowego (przerzuty) — przyczem obrzmienie gruczołów chłonnych bywa tutaj pochodzenia przeważnie zapal-

nego — na przecięciu krętnicy w odległości 15 cm. od zastawki Bauhina, na dokładnem obszyciu końca obwodowego i wszyciu końca dogłowowego do poprzecznicy o kilka cm. na lewo od lewego brzegu zstępującej części dwunastnicy (koniec z bokiem).

Drugie tempo sprowadza się w pierwszym rzędzie do odtłuszczenia całej prawej połowy okrężnicy, wraz z zagięciem wątrobowem, w którem odłuszczanie to natrafia zwykle na największe trudności. Otrzewną nacina się wzdłuż zewnętrznego brzegu kątnicy i wstępnicy; przenikając w głąb przestrzeni pozaotrzewnowej w kierunku przyśrodkowym, należy strzec się uszkodzenia moczowodu i tętnicy, zaopatrującej poprzecznicę. Po całkowitem wyosobnieniu okrężnicy, odcina się ją na przebiegu poprzecznicy, na parę centymetrów od miejsca zespolenia, i odrzuca. Następnie, peritonizuje się możliwie dokładnie skrwawione miejsce, z pozostawieniem w przestrzeni pozaotrzewnowej sączków gazowych i gumowych; brzuch zaszywa się poza tem doszczętnie.

Wyniki leczenia operacyjnego 135 przypadków bąblowca wątroby. (Statistique opératoire personnelle de 135 cas de kystes hydatiques du foie). Oulié.

Bull. et. Mém. de la Nat. de Chir. Nr. 2, styczeń 1934.

Autor w przeciągu ostatniego dziesięciolecia spostrzegał i leczył 135 chorych (66 mężczyzn i 69 kobiet); ich wiek: od 9 miesięcy do 70 lat. Z pośród tych chorych, 25 — miało więcej niż jedną torbiel (maksymalnie 8 torbieli). Na 168 operowanych torbieli było: jednokomorowych surowiczych — 70, jednokomorowych ropnych — 7, wielokomorowych surowiczych — 47, wielokomorowych ropnych — 42.

Ponieważ bąblowiec wątroby słusznie jest uważany za guz dobrotliwy i prawie obojętnie znoszony przez ustrój ludzki, więc przy ustalaniu planu i rozległości operacji, która sama przez się grozi choremu powikłaniami, wskazana jest szczególna ostrożność. Nie należy się, między innemi, silić w czasie operacji na doszczętne wycięcie otoczki bąblowca — co jest i niebezpieczne (krwotok), i zbędne. Duże znaczenie dla wyniku pooperacyjnego ma uzyskanie w czasie operacji dobrego dostępu do torbieli (wybór odpowiedniego cięcia) — poprzez jaknajcieńszą warstwę miąższu wątrobowego, gdyż głębsze cięcia tego miąższu zawsze grożą silnym i trudnym do opanowania krwotokiem. Autor w 124 przypadkach operował od strony jamy brzusznej, w 29 — poprzez przeponę (z wycięciem żebra 10 lub 11, znacznie rzadziej — 9). Znieczulenie ogólne lub miejscowe.

Po odpowiedniem odgrodzeniu w ten czy inny sposób (izolowaniu) pola operacyjnego, nakłuwa się torbiel i opróżnia się ją, poczem wpuszcza się do niej równą połowie wypuszczonego płynu ilość 1% formaliny — na pięć minut; po tym czasie usuwa się formalinę, nacina się ścianę torbieli na przestrzeni 5 — 12 cm., delikatnie usuwa się otoczkę bąblowcową (całkowicie lub częściowo), wlewa się nieco eteru i zaszywa się doszczętnie ścianę torbieli — o ile nie zachodzą szczególne okoliczności, jak ropne torbiele zakażone, torbiele wielokomorowe, zwapniałe, komunikujące się z drogami żółciowemi, i torbiele centralnie położone — które dają wskazanie do wszycia brzegów otworu torbieli w powłoki brzuszne. W pozostałych przypadkach, po zeszyciu torbieli przyszywa się ją do otrzewnej ściennej i brzuch zaszywa się doszczętnie.

Wyleczenie (zagojenie się rany) otrzymywano przeciętnie, w przypadkach gojonych zapomocą rychłozrostu po 15 — 20 dniach; w pozostałych (marsupialisatio) — po 1 do 11 miesięcy.

Ogólna śmiertelność pooperacyjna wyniosła 11%. Zejście śmiertelne miało miejsce w następujących przypadkach: 3 —torbieli centralnych, 3 — torbieli mnogich, 1 — torbieli komunikującej z drogami żółciowemi, — 1 komunikującej się z oskrzelem, 4 — torbieli zakażonych i 2 — torbieli olbrzymich. W czasie samej operacji najczęstszem i najgroźniejszem powikłaniem jest krwotok z rany miąższu wątrobowego, w okresie pooperacyjnym — zakażenie.

W przypadkach torbieli ropnych, ale bez zakaźnych objawów klinicznych — autor ścianę torbieli zaszywał doszczętnie, a sączkował tylko ścianę brzuszną (mięśnie i skórę). Jeśli były objawy zakażenia (gorączka) — wszywał ścianę torbieli w powłoki brzuszne. Nawrót cierpienia autor spostrzegał tylko w 2 przypadkach (były to małe torbiele wielokomorowe, leczone wszyciem w powłoki brzuszne).

M. Czyżewski.

CHIRURGJA PLASTYCZNA.

Zniekształcenia twarzy po porażeniu nerwu twarzowego. Dr. Halle.

Rev. d. chirurg. plast. nr. 1/1933.

Autor opisuje różne metody naprawiania względnie usunięcia zniekształceń spowodowanych porażeniem nerwu twarzowego, które spotyka się najczęściej po trepanacjach wyrostka sutkowego.

W licznych przypadkach próbowano zeszycia uszkodzonego nerwu po całkowitem odsłonięciu kanału Fallopi'ego i wystarczającem uruchomieniu obydwóch końców nerwu. Miejsce zaszycia pokryto szypułowatym płatem z tkanek miękkich. Metoda ta jednak nie dała najmniejszego rezultatu.

Również niezadowalające były wyniki metody *C. A. Ballanc'a* polegająca, jak wiadomo, na zespoleniu ner accessorius wzgl. części tegoż z nerwem twarzowym. Autor przeszczepiał kilkakrotnie gałąź nerwu odchodzącą do mięśnia mostkosutkowego na obwodową część nerwu twarzowego z wynikiem, że inerwacja mięśni mimicznych twarzy była możliwą tylko wtedy, gdy pacjent podnosił ramię. Izolowana funkcja mięśni mimicznych twarzy niezależna od skurczu mięśni ramienia nie dała się osiągnąć w żadnym przypadku mimo, długich nieraz prób a nawet kilkuletnich ćwiczeń przed lustrem.

Wynik zatem tych operacyj był połowiczy.

Nie lepsza jest metoda przeszczepiania nerwu podjęzykowego, podana przez *Haberlanda* i *Manasse'go*. Należałoby się spodziewać lepszego rezultatu, gdyż, poruszanie językiem równocześnie ze skurczu mięśni twarzy, jest znacznie łatwiejsze od podniesienia ramienia. Jednak i tutaj nie

osiągnięto żadnego wyniku w stanie spokoju, w którym porażenie nie zostaje wyrównane. Pozatem stwierdzono silny jednostronny zanik języka i trudności przy połykaniu. Metodę tę z powyższych powodów zaniechano zupełnie.

Nie dała również rezultatów lepszych metoda podniesienia porażonego kąta ust za pomocą drutu srebrnego, jedwabiu lub kawałka ścięgna szerokiego przyszytego podskórnie do wyrośli szczęki górnej. W najlepszym wypadku można było osiągnąć mechaniczne podniesienie policzka lub kąta ust. Materjałem najbardziej nadającym się do tego celu jest ścięgno szerokie.

Lexer w roku 1908 podał wspólnie z *Wredem* metody plastyczne transplantacji mięśni żwacza i skroniowego, których część przednią wszywał do kąta ust lub oka. *Rosental* spodziewał się po wszyciu tych mięśni inerwacji porażonych, drogą odrastania nerwu t. z. w. neurotyzacji mięśni twarzy. Wyniki tym metod są bezwątpienia lepsze. Inerwacja porażonych mięśni mimicznych odnawia się, lecz zupełne wyrównanie porażenia nie da się również osiągnąć. Leczenie pozatem jest długotrwałe. Ćwiczenia i elektryzacja wymagają 6 — 12 miesięcy, zanim dojść można do widocznego rezultatu.

Najlepsze jednak wyniki osiągnął autor swoją własną metodą. Wychodzi on z założenia, że metoda operacyjna dać musi wynik dodatni natychmiast po operacji, nawet w stanie spokoju mięśni twarzy. Aby cel ten osiągnąć, skombinował metody *Lexer'a-Rosenthal'a* z nowemi dzisiaj praktykowanemi operacjami, resekcji skóry twarzy dla usunięcia fałd zmarszczek i wiotkich policzków.

Metoda jego jest następująca: w znieczuleniu miejscowem wycięcie w okolicy ucha pasma skóry szerokości 1½ — 2½ cm. Wycięcie z dolnej powieki pasemka skóry półksiężycowego. Wreszcie usunięcie w fałdzie nosowo-ustnej kawałka skóry kształtu półwrzecionowatego. Podminowanie skóry policzka i odczepienie przedniej części żwacza i wszycie go do porażonego kąta ust. Podminowanie skóry powieki dolnej oraz skóry skroni, odczepienie przedniej części mięśnia skroniowego i wszycie go do zewnętrznego kąta oka. Wkońcu podniesienie policzka i powiek sposobem Joseph'a. Zeszycie rany w fałdzie nosowo-ustnej, co pozwala na podniesienie kąta ust do pozycji normalnej przedewszystkiem w stanie spokojnym twarzy. Blizna po tem cięciu w krótkim czasie staje się mało widoczną. Leczenie pooperacyjne wymaga podniesienia policzka zapomocą plastrów.

Metodą powyższą osiąga się przedewszystkiem i natychmiast po operacji nieomal normalne rysy i wyrównanie asymetrji w stanie spokojnym. Gdy po kilku miesiącach „neurotyzacja" porażonych mięśni się odnawia osiąga się wynik, który daleko przekracza rezultaty dotychczasowych operacyj. Nawet najcięższe porażenia można poprawić tak dalece, że pacjenci nie rażą już otoczenia swoim wyglądem — a to jest celem powyższego zabiegu, aczkolwiek skomplikowanego.

Operacja plastyczna zwiotczałych powłok brzusznych. T h é o d o r i d e s.

Często po mnogich ciążach następuje zwiotczenie powłok brzusznych, z rozstępem mięśni prostych i ich zanikiem. Autor początkowo usuwał cały nadmiar skóry i pokrywał defekt przez ściągnięcie bocznych partji skóry. Sposób ten nie dał wyników zadowalających, gdyż ryzyko niezrośnięcia się skóry z powodu nadmiernego napięcia było wielkie — a ponadto po zrośnięciu się napięcie skóry było powodem większych dolegliwości przez dłuższy okres czasu.

Autor podaje swoją metodę w przypadkach zwiotczenia powłok brzusznych skomplikowanego z rozstępem mięśni i przepukliną smugi białej. Włókna mięśni prostych i bocznych w tym przypadkach są bardzo zwiotczałe lub uległy nieomal zanikowi. Metoda wymaga 1 — 2 seansów.

Na pierwszem posiedzeniu wycina się skórę od spojenia łonowego do wyrostka mieczykowatego w kształcie wrzeciona. Następnie zamiast otwarcia jamy brzusznej i usunięciu z worka przepuklinowego całej zawartości, autor wsuwa do jamy brzusznej cały worek przepuklinowy i zeszywa nad nim pochwy mięśni prostych szwami węzełkowemi z catgutu w kilku piętrach. Tym sposobem tworzy wał ochronny hamujący ponowne wysunięcie się przepukliny. Kosztem więc nadmiaru tkanek tworzy się zaporę wewnątrz jamy brzusznej.

Po miesiącu, na następnem posiedzeniu, usuwa się z bocznych stron powłok brzusznych nadmiar skóry w kształcie półwrzecionowatych wycięć, równoległych ze smugą białą, po każdej stronie po 2 — 3 wycięć.

Gdy po tych zabiegach pozostało jeszcze za dużo skóry, można ją na 3 seanse usunąć dodatkowemi cięciami okrężającemi i poprzednie z góry i dołu.

Metoda powyższa pozwala stworzyć kosztem nadmiaru tkanek w zwiotczałych powłokach brzusznych rodzaj samoczynnej opaski bez otwierania jamy brzusznej. Wyniki pod względem leczniczym są dobre jednak pod względem kosmetycznem pozostawiają dużo do życzenia z powodu licznych i widocznych blizn.

Dobry wynik operacyjny na podniebieniu. H a l l e.

Rev. d. Chirurg. Plast. nr. 1/1933.

Wynik leczenia chirurgicznego rozszczepień podniebienia zależy od dobrego zagojenia się podniebienia miękkiego. Z punktu widzenia funkcjonalnego posiada jeszcze większe znaczenie szczelne zamknięcie jamy nosowo-gardzielowej.

Przyrząd Ganzera z drutu przytwierdzony do zębów i proteza celuloidowa Ernsta umożliwiają dość szybkie zabliźnienie się rany pooperacyjnej, chroniąc szwy na podniebieniu przed uciskiem języka, podczas połykania.

Proteza ta jednakże nie zapobiega, że płyny przy połykaniu, które stwarza pewne ciśnienie, uciskają na nałożone szwy. Mimo więc rozległego uruchomienia podniebienia miękkiego i bez napięcia założonych szwów, brzegi rany ulegają w pewnych chwilach napięciu, które zwykle powoduje rozdarcie podniebienia. Na zlecenie autora wykonano 2 taśmy cynkowe perforowane na całej ich długości i zaopatrzone na każdym końcu w dwa większe otwory. Taśmę zakłada się w następujący sposób: Nad zluźnionem podniebieniem przeprowadza się hak, z lewej ku prawej stronie i chwyta się taśmę w otwór końcowy. Następnie przesuwa się taśmę nad podniebieniem i wyciąga się ją do jamy ustnej zaginając jej koń-

ce pod szwami podniebienia. Tym sposobem zakłada się 2 taśmy na podniebieniu, jedną z przodu, drugą z tyłu tak, że podniebienie miękkie jest wystarczające ściśnięte i lekko wygięte ku górze. Ucisk taśm metalowych jednakże nie może być nadmierny.

Taśmy chronią podniebienie przed każdym uciskiem i napięciem, nie ulegają rozkładowi i mogą pozostać na miejscu do całkowitego zabliźnienia się ran. (Prof. *Monnier* w Zurychu podał podobną metodę już w roku 1921).

St. Michalek-Grodzki.

ENDOKRYNOLOGJA.

Nerw błędny a wytwarzanie insuliny. (Le pneumogastrique, nerf insulino - sécréteur). J. La Barre i M. Wesselowsky

Cpt. Rend. de la Soc. de Biol. T. 114, Nr. 1, 1933.

Autorowie stwierdzili, u kotów, uo usunięciu nadnerczy i po przecięciu nerwów, dochodzących do wątroby, drażniąc nerw błędny w klatce piersiowej lub w jamie brzusznej, spadek poziomu cukru we krwi wskutek nadprodukcji insuliny. W innej serji doświadczeń, gdzie odnerwiono dodatkowo jeszcze trzustkę, nie spostrzeżono spadku cukru we krwi. Stąd autorowie wnioskują, że nerw błędny jest nerwem wydzielniczym w stosunku do insuliny.

F. G.

Witamina B a przemiana glikogenu. Zastosowanie w leczeniu cukrzycy. (Vitamine B dans le métabolisme du diabète) M. Labbé, E. Nepveux i J. D. Gringoire.

Presse médicale, Nr. 98, 1933.

Autorzy spostrzegli, że podanie dodatkowe witaminy B do pokarmu wpływa dodatnio na odkładanie się glikogenu w wątrobie. To nasunęło myśl zastosowania witaminy B u chorych na cukrzycę. Badania przeprowadzono na dwunastu chorych cukrzycowych. U 9 chorych stwierdzono zmniejszenie się cukromoczu, obniżenie się poziomu cukru we krwi, wreszcie znaczny przyrost na wadze. W dwuch przypadkach nie stwierdzono wpływu dodatniego. W jednym przypadku znaleziono pewną tylko poprawę.

Przypuszczalnie witamina B działa w kierunku poprawy przemiany węglowodanowej za pośrednictwem tarczycy.

F. G.

Wpływ gruczołów przyusznych na przemianę węglowodanową. (Influence de la glande parotide sur métabolisme hydrocarboné). M. Cahane.

Cpt. Rend. de la Soc. de Biol. T. 112, Nr. 14, 1933.

Po usunięciu gruczołów podszczękowych występuje na 7—12 dzień po zabiegu podniesienie się poziomu cukru we krwi. Naodwrót po usunięciu gruczołów przyusznych poziom cukru we krwi spada a ilość glikogenu w wątrobie się podnosi.

Usunięcie obu gruczołów nie wywołuje zmian ani w poziomie cukru we krwi, ani nie wpływa na zawartość glikogenu w wątrobie. W gruczołach podszczękowych Best i Banting znaleźli spore ilości insuliny.

Obciążenie węglowodanowe u psów z usuniętymi gruczołami przyusznemi nie wywoływało przecukrzenia krwi. Gruczoł przyuszny posiada wydzielinę wewnętrzną, która zachowuje się antagonistycznie w stosunku do insuliny.

F. G.

CHOROBY KOBIECE. POŁOŻNICTWO.

Leczenie bólu w ginekologji. Ogólne wskazania do leczenia. Leczenie farmakologiczne. (Thérapeutique de la douleur en gynécologie. Indications générales du traitement. Traitements médicaux). Pierra L. M.

Rev. franç. Gynéec. T. 28, str. 563, r. 1933.

Leczenie bólu w ginekologji. (Traitement de la douleur en gynécologie). Tenże.

Evolut. thérap. T. 10, str. 175, 1933.

Powyższe dwa artykuły zawierają poglądy autora wypowiedziane na zjeździe ginekologów

STANNOXYL

TABLETKI, AMPUŁKI à 2 cc (DOMIĘŚNIOWO)

zawiera tlenek cyny i cynę metaliczną

Niezawodny w leczeniu stanów zakaźnych, spowodowanych przez **gronkowce** jak

Czyraki, wąglik, figówka, trądzik, jęczmień, ropień sutka u kobiet karmiących.

DAWKOWANIE—„PRO DIE".

Doustnie: tabletki 4—8 dla dorosłych, 2—4 dla dzieci

Domięśniowo: 4 cc. dla dorosłych 1 — 2 cc. dla dzieci.

COMBRETINE

WYCIĄG PŁYNNY z COMBRETUM RAMBAULTII H.

REGULATOR CZYNNOŚCI WĄTROBY

WSKAZANY we WSZYSTKICH SCHORZENIACH WĄTROBY NAJWIĘCEJ CZYNNY ZE WSZYSTKICH ŻÓŁCIOPĘDNYCH

ŻÓŁTACZKA WSZELKIEGO RODZAJU NIEDOSTATECZNE WYDZIELANIE MOCZNIKA ZAPARCIE NAWYKOWE



DAWKOWANIE
3 razy dziennie po 20-30 kropel

PRÓBY I LITERATURĘ NA ŻĄDANIE W.P.P. LEKARZY

SKŁAD GŁÓWNY
L. NASIEROWSKI
WARSZAWA KALISKA 9. TEL. 724-39, 630-42

francuskich w Luxeuil — Les — Bains w czerwcu 1933 r.

Na wstępie autor zaznacza, że leczenie bólu nie zawsze może być identyczne z leczeniem przyczynowem cierpienia. Temniemniej obowiązuje dokładne rozpoznanie, bez którego leczenie zazwyczaj nie udaje się.

Okresowo występujący ból związany jest najczęściej z nieprawidłowem, bolesnem miesiączkowaniem.

Odróżniać przytem należy ból spowodowany 1) przeszkodą mechaniczną, 2) zastojem, pod wpływem układu błędnego i współczulnego, 3) wytwarzaniem się błon ze śluzówki macicy (dysmenorrhea membranacea).

W przypadkach bolesnego miesiączkowania ogólnie biorąc stosować należy łóżko, środki kojące, ciepłe mokre okłady, promienie pozaczerwone, ewentualnie sporysz (? — ref.), pochodne benzolu i extr. viburni prunifolii.

Jeśli chodzi specjalnie o młode dziewczęta z bolesnem miesiączkowaniem, to pamiętać należy o niedorozwoju płciowym i o nadmiernem przodozgięciu macicy, a w związku z tem dbać należy o poprawę konstytucji, zalecać sport (oprócz roweru), leczenie przetworami organów zwierzęcych, oraz masaże per rectum i helioterapję.

Ponadto brać należy pod uwagę współistnienie zapalenia wyrostka robaczkowego, obecność czerwi (oxyuris vermicularis) i t. d.

U kobiet zamężnych radzi autor przy zwężeniu ujścia zewnętrznego leczenie operacyjne, lub rozszerzenie z założeniem rurki, względnie massaż ujścia zewnętrznego.

Skrobanka może wchodzić w grę tylko w dysmenorrhea mebranacea.

W przypadkach uporczywych bolesnego miesiączkowania należy per laparatomiam wyciąć plexus hypogastricus superior t. zw. nervus praesacralis (operacja Cotte'a).

Bóle okresowe występujące w środku okresu międzymiesiączkowego zwalczać należy, jeśli są pochodzenia zastoinowego, — massażem, gorącemi irrygacjami z podaniem Hammamelis i Hydrastin'y, dalej nasiadówkami, helio — i organoterapją, a mianowicie sproszkowanym gruczołem piersiowym; w postaci nerwowej tego cierpienia, opartej zazwyczaj na zmianach w jajniku w postaci degeneratio policystica, pozostaje leczenie operacyjne, choć to często zawodzi.

W dyspareunji (zaburzenia w spółkowaniu) najważniejszą rolę gra wpływ psychiczny na oboje małżonków, pozatem usunąć należy schorzenie ginekologiczne, które mogą wtórnie wywoływać brak zadowolenia płciowego przy stosunku.

W pochwicy oprócz psychoterapji wchodzi w grę wszelkiego rodzaju rozszerzenie pochwy, niekiedy odbytnicy; w ciężkich przypadkach stosować należy operację Cotte'a, po której następuje niedowład zwieracza pochwy.

Bóle związane z zastojem w zakresie macicy ustępują niekiedy po gimnastyce brzucha oraz po długotrwałem leżeniu na brzuchu (zwłaszcza w tyłopochyleniu macicy).

Stany zapalne są często powodem bólów.

W zapalnym stanie gruczołów Bartholina kojąco wpływają wszelkiego rodzaju okłady. W endometritis występujące bóle łatwo zwalczyć okładami na brzuch i leżeniem na brzuchu.

W ostrem zapaleniu przydatków i otrzewnej stosować należy lód, czopki i zwykłe znane przy tem środki przeciwbólowe.

W bólach związanych ze zrostami wewnątrzotrzewnowemi injekcje eterowych związków benzylu i kw. cynamonowego.

W przypadkach schorzeń nerwów miednicy małej nie można zrzec się stosowania środków przeciwbólowych i pochodnych opium. W świądzie sromu, który stanowi ograniczoną postać schorzeń nerwowych z zakresu miednicy P. radzi 20% jod spirytus, autohemoterapję, głębokie injekcje 95% alkoholu, ewentualnie injekcje pochodnych kokainy, a dalej naświetlania lampą kwarcową. Z operacji wchodzi tu w grę sympatektomia wlg. Cotte'a.

Przy *coccygodynia* autor zaleca faradyzację, diatermję, wstrzykiwania nowokainy do tylnych korzonków krzyżowo - ogonowych, podogonowe wprowadzanie lipiodolu. W ostateczności pozostaje przecięcie tylnych korzonków.

Ze środków farmakologicznych najwięcej zainteresowania wzbudzają leki, działające na układ błędny i współczulny.

Układ współczulny pobudza adrenalina: per os 20 kropli rozczynu 1 : 1000.0 na dawkę, dziennie 40 — 60 kropli.

Układ błędny pobudza physostigmina w związku salicylowym — dawka dzienna 0.001 — 0.002. Podobnie wpływa pilokarpina, a dalej cholina i jej pochodne oraz nowo podane przez Santenoise'a vagotonin'a. Z preparatów hormonalnych pobudza nerw błędny — insulina.

Natomiast wpływ hamujący na ten układ nerwowy wywierają atropina, hyoscyamina i scopolamina.

Oczywista w streszczeniu można podnieść niektóre tylko wskazówki autora, dla ścisłego zaznajomienia się z zagadnieniem zwalczania bólu w ginekologji przeczytać należy w oryginale referat zjazdowy umieszczony w Rev. franç. Gynéc.

W sprawie leczenia raka szyjki w czasie ciąży. (A propos de la thérapeutique du cancer du col utérin au cours de la gestation). R o c h e t E.

Rev. franç. Gynéc. T. 28, str. 220, 1933 r.

W ciągu 5 pierwszych miesięcy ciąży radzi autor usunąć macicę sposobem Wertheima, bez zwracania uwagi na ciążę. W 6 i 7-ym miesiącu należy postępować tak samo jeśli chodzi o szybko rosnący nowotwór; jeśli wzrost jego jest powolny — to można zastosować powierzchownie rad i czekać aż do terminu zdolności dziecka do życia; wtedy wykonywa się cięcie cesarskie i wycięcie macicy całkowite.

W przypadkach raka nienadającego się do operacji bez względu na wiek ciąży stosuje się rad na część pochwową i czeka się do terminu porodu. Następnie cięciem cesarskiem wydobywa się płód i popłód, poczem odcina się nadpochwowo macicę i ewentualnie zakłada rad do kanału szyjki.

Rak stwierdzony w czasie porodu jest zawsze wskazaniem do cięcia cesarskiego a od rozwoju nowotworu zależy, czy wyciąć macicę całkowicie, czy też odciąć ją nadpochwowo. Następnie zakła-

da się rad przez pochwę. W połogu postępowanie nie różni się od stosowanego poza ciążą.

Leczenie operacyjne przetok pęcherzowo - pochwowych drogą przezpęcherzową. (La cure des fistules vésico — vaginales par la voie transvésicale). Lardennois.

Presse médic. R. 1933 I, str. 970.

W związku z 4 przypadkami przetok pęcherzowo-pochwowych leczonych operacyjnie per sectionem altam (metoda Marion'a) — autor omawia zalety tego postępowania.

Dobre oświetlenie pola operacyjnego, mniej głęboko położonego. Więcej materjału (tkanek) i lepsze adaptacje zeszywanych brzegów. Dokładne oglądanie od góry ujść moczowodów, co chroni przed uchwyceniem ich w szew. Po operacji pęcherz może być dokładnie opróżniony przez gruby dren założony ponad spojeniem.

Operując przez pochwę mamy do czynienia z tkankami zakażonemi i w stanie zapalnym będącemi, dzięki czemu szwy łatwo przecinają.

Po okrojeniu przetoki szyć należy ścianę pochwy dwu lub więcej — warstwowo, przy ostrożnem odpreparowywaniu ściany pęcherza od ściany pochwy. Pomocne jest do tego naciąganie zawiązanych w pierwszej warstwie szwów.

Śluzówkę pęcherza szyje się cienkiemi szwami węzełkowemi.

Aby sobie ułatwić znalezienie małych przetok zakłada autor do pochwy tampon z błękitem metylenu.

W trudnych przypadkach można sobie ułatwić podciągając dno pęcherza ku górze zapomocą szwów (cugli).

W postępowaniu pooperacyjnem stosować należy ułożenie pacjentki na boku, oraz baczyć pilnie należy czy dren wyciąga całą zawartość pęcherza. Drenowanie to trwa 16 — 20 dni.

Badanie kliniczne i semjologiczne nad bólem w ginekologji. Bóle poza miedniczne w schorzeniach ginekologicznych. (Étude clinique et séméiologique de la douleur en gynécologie. Les douleurs extra — pelviennes dans les affections gynécologiques). Laffont.

Rev. franç. Gynéc. T. 28, str. 516, r. 1933.

Omówieniu w niniejszym artykule podlegają tylko bóle poza miednicą małą występujące, przyczem wyłączono dolegliwości na tle psychiczno-nerwowym, oraz wywołane przez inne narządy sąsiednie.

Autor rozróżnia bóle występujące w narządach wewnętrznych (visceralgia) od bóli umiejscowionych w powłokach (dermalgia).

Do pierwszej grupy należą zaburzenia trawienia w przypadkach zapalenia śluzówki macicy (endometritis), w przypadkach mięśniaków, drobnotorbielkowatego zwyrodnienia jajników oraz zapalenie otrzewnej miednicy małej (pelveoperitonitis).

W niektórych przypadkach występują zaburzenia wątrobiane w początku miesiączki, a mianowicie żółtaczka miesiączkowa i okresowe kolki wątrobiane.

Dolegliwości sercowe występują niekiedy przy miesiączkach, podobnie jak krótkie ostre obrzęki w rozmaitych częściach ciała.

Wiadomo dalej, że wiele teorji stara się wytłomaczyć migrenę jako objaw zaburzeń w zakresie gruczołów płciowych.

W drugiej grupie, t. zw. dermatalgjach, czyli w bólach powłok umieścić należy następujące objawy:

W schorzeniach macicy i przydatków występują bóle w klatce piersiowej, w sutku, w łopatce, w dołku podżebrowym, w ramieniu oraz w dolnych kończynach.

W ciąży pozamacicznej opisywano bóle w górnej części brzucha, za łopatką, za mostkiem i w okolicy szyji, występujące bądź to równocześnie z bólami w miednicy małej, bądź jako objaw odosobniony i wyprzedzający inne. Bóle te mogą utrzymywać się w ciągu paru dni. Dają one niekiedy powód do mylnego rozpoznania kolki żółciowej lub nerkowej, bólów żołądka, jego przebicia oraz bólów neuralgicznych łopatki.

Objawy te łączono z dużą ilością wylanej krwi do brzucha, przekraczającej obręb miednicy małej.

W ciąży występują niekiedy odległe bóle, jako to bóle w nadbrzuszu, w okolicy 12-go kręgu piersiowego przy częściowem zatrzymaniu jaja płodowego, a w połogu widuje się niekiedy objawy pseudo-reumatyzmu, bólów w kręgosłupie — będące prawdopodobnie objawem odwapnienia ciążowego.

Jeśli chodzi o mechanizm powstawania bólów to przypuszcza się, że t. zw. wisceralgje, czyli bóle narządów wewnętrznych pochodzą od podrażnienia układu współczulnego, t. zw. dermalgje, czyli bóle umiejscowione w powłokach — od układu współczulnego, ale też i mózgowo-rdzeniowego. Tak naprz. nerwobóle w zakresie nervus phrenicus występujące przy wylaniu się krwi do otrzewnej powstają na drodze odruchu mózgowo - rdzeniowego.

W sprawie leczenia gonokokowego zakażenia oka noworodków 25% protargolem. (Du traitement curatif de l'ophthalmie blennorragique du nou veau — né par le protargol au ¼). Rheuter i Bujadoux.

Bull. Soc. Obstétr. Paris. T. 22, str. 398.

W związku z kilkunastoma przypadkami gonokokowego zapalenia spojówek u noworodka leczonemi z powodzeniem 25% protargolem autorzy stwierdzają zupełną nieszkodliwość tej wysokiej koncentracji omawianego leku dla oka noworodka. Ponadto wielką zaletą protargolu w porównaniu z 1 — 2% lapisem jest brak nieżytu, który zazwyczaj po lapisie występuje. Dalszą zaletą rozczynu protargolu jest jego trwałość w wysokiem stężeniu.

Autorzy zaczęli obecnie stosować 25% protargol profilaktycznie zapuszczając go wszystkim noworodkom po urodzeniu. Dotychczasowe wyniki, zresztą bardzo dobre, bo niestwierdzono ani jednego zapalenia spojówek — są jeszcze niepewne z powodu szczupłości materjału obserwacyjnego.

Leczenie polegało na dwukrotnem w ciągu dnia zapuszczaniu 25% protargolu, przyczem starano się utrzymywać kontakt leku z otwartem okiem w ciągu minuty; następnie zmywano dokładnie, dużą ilością płynu worek spojówkowy i powieki.

Niebezpieczeństwa stosowania mechanicznych środków ochronnych do wnętrza macicy (pessarium intrauterinum). (Les dangers des pessaires intrautérins). K e l l e r R.

La Gynécologie R. 32, sierpień 1933 r.

Autor występuje bezwzględnie przeciwko stosowaniu mechanicznych środków zapobiegających ciąży, wprowadzanych do jamy macicy. Wchodzą tu w grę rozmaite krążki, pierścienie, grzybki i t. d. ostatnio szeroko zalecane przez niektórych autorów.

Autor przytacza 5 obserwacji własnych, w których po stosowaniu wspomnianych środków ochronnych przyszło do ropnego zapalenia jajowodów, w jednym przypadku zakończonego zejściem śmiertelnem.

VI przypadek podany przez *Kellera* odnosi się do specjalnej postaci powikłań stosunkowo częstej przy stosowaniu omawianych środków ochronnych.

Chodzi o zakażenie występujące w związku z początkową ciążą, do której dochodzi pomimo przebywania macicy krążka lub grzybka ochronnego.

Z ostatnio wspomnianej sytuacji wynika, że pomimo swej szkodliwości pessaria intrauterina bynajmniej nie są pewnemi środkami ochronnemi. Wiadomo przecież, że niektórzy autorzy zalecają te same grzybki i krążki w leczeniu niepłodności, jako środki rozszerzające szyjkę macicy.

Działanie szkodliwe domacicznych krążków ochronnych polega zdaniem *Kellera* popierwsze na zniesieniu śluzowego czopu ochronnego, sterczącego normalnie w szyjce, przez co wytwarza się stała komunikacja pomiędzy pochwą a jamą macicy, a podrugie na stałym, drugotrwałym ucisku, wywołującym odleżyny w jamie macicy.

Jeśli weźmiemy teraz razem obydwa czynniki szkodliwe, to uświadomimy sobie łatwo, że odleżyna w macicy ulegnie z łatwością zakażeniu przez drobnoustroje przedostające się z pochwy. Skoro w ten sposób powstanie zakażenie jamy macicy, to dalej łatwo sobie wyobrazić dalszą propagację zakażenia na jajowody i ewentualnie jamę otrzewnową.

Wiadomo mianowicie, że macica w czasie miesiączki kurczy się, wypychając w zasadzie swoją zawartość do pochwy. Skoro jednak szyjkę zamyka choćby częściowo wspomniany krążek czy grzybek to zakażona zawartość macicy łatwo przedostaje się do jajowodów i powstaje pyosalpinx.

W ten sposób tłumaczy sobie autor obserwowane przez się przypadki ropnych zapaleń narządów miednicy małej.

W sprawie cięcia cesarskiego w rzucawce i stanach przedrzucawkowych. (De l'operation césarienne dans l'éclampsie et l'éclamptisme). B i d o i r e.

La Gynécologie R. 32, lipiec 1933 r.

Autor przytacza wyniki leczenia operacyjnego rzucawki porodowej i stanu przedrzucawkowego w 81 przypadkach.

Autor w zasadzie jest gorącym zwolennikiem cięcia cesarskiego w leczeniu rzucawki porodowej i radzi je wykonywać natychmiast jak tylko ustalone zostanie rozpoznanie.

Podobne postępowanie poleca w stanach przedrzucawkowych, które rozpoznaje na zasadzie wysokiego ciśnienia, obrzęków, białkomoczu i ewent. zmian w dnie oka. Rozwiązywać należy ciężarną po kilkodniowej obserwacji o ile wspomniane objawy stanu przedrzucawkowego nie cofają się zupełnie lub niedostatecznie.

Dla ciąży donoszonej przewiduje autor w eklampsji cięcie cesarskie nadłonowe w dolnym odcinku, dla ciąży nie donoszonej — t. zw. cięcie cesarskie pochwowe Dührssena.

Wyniki przedstawiają się rozmaicie w stosunku do dwu grup: stanu przedrzucawkowego i rzucawki porodowej. W pierwszej grupie śmiertelność matek wynosi zaledwie 7%, natomiast w drugiej grupie dochodzi ona do zastraszającego odsetku 36%.

Wobec powyższych wyników dziwnym się wydaje optymizm autora zalecającego leczenie operacyjne w rzucawce porodowej. Nadmienić wypada, że grupa t. zw. stanów przedrzucawkowych nie stanowi grupy dostatecznie określonej pod względem rozpoznawczym: wchodzić tu mogą przypadki schorzeń nerek, nie równoznacznych bynajmniej z stanami przedrzucawkowemi, będącemi wszak postacią ciężkiego zatrucia ciążowego.

Jeśli zatem z omawianej pracy wyłączymy przypadki stanu przedrzucawkowego, to otrzymamy przerażający wynik zalecanego przez autora leczenia. Być może, że przypadki dziwnym zbiegiem okoliczności były wyjątkowo ciężkie, ale tak złych wyników leczenia rzucawki porodowej już dawno nie podawano w piśmiennictwie. Tembardziej wdzięczność należy się autorom, że przez ogłoszenie swoich wyników wpłynie ochładzająco na stronników cięcia cesarskiego w leczeniu rzucawki.

Rozpatrując oddzielnie wyniki cięcia cesarskiego nadłonowego i pochwowego otrzymujemy wyniki zgoła nieoczekiwane i nie podane oddzielnie przez autora.

Okazuje się mianowicie, że pochwowe cięcie cesarskie dało aż 44% śmiertelności! Natomiast nadłonowe cięcie cesarskie dało stosunkowo znacznie mniejszą liczbę bo 21% śmiertelności matek.

Wyniki te niezrozumiałe teoretycznie niezgadzają się z wynikami Kliniki Warszawskiej. — (przyp. refer.).

Śmiertelność dzieci jest również bardzo wysoka: w przypadkach rzucawki porodowej wynosi ona 45%.

(Wobec tak smutnych wyników nie podajemy argumentów autora, mających nas przekonać o zaletach operacyjnego leczenia rzucawki porodowej. — przyp. refer.).

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE

Kiła niegdyś a dzisiaj. (La syphilis autrefois et aujourd'hui). L. S p i l l m a n.

Bruxelles Médic. Nr. 8 — 1933.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę ostatnie trzy dziesiątki lat, to musimy stwierdzić, że poza niektórymi krajami, jak np. Danja — naogół ilość przypadków kiły zwiększa się zwłaszcza we Francji. Ponadto jednak coraz rzadsze są przypadki kiły drugorzędnej, bogatej w wykwity skórne i na śluzówkach objawy są bardziej dyskretne. To

samo odnosi się do kiły trzeciorzędnej, w której umiejscowione nacieki, prowadzące do zniszczenia tkanek, są coraz większą rzadkością.

Jak wytłumaczyć fakt zjawiania się coraz liczniejszych przypadków kiły przy jej równoczesnym przebiegu dyskretnym, tym samym mniej zaraźliwym.

W odpowiedzi na to pytanie autor podnosi kilka spraw, jego zdaniem, dotychczas niedostatecznie opracowanych. Bardzo niski poziom znajomości kliniki kiły u przeciętnego lekarza-praktyka zwłaszcza na prowincji. Lekarze ci opierają bezkrytycznie najczęściej swoje rozpoznanie na wyniku odczynu Wassermana, który przecież może być ujemny w przypadku kiły wczesnej (sclerosis initialis), w przypadku kiły niedostatecznie leczonej a jednak zaraźliwej, ponadto także niekiedy w przypadku kiły objawowej nie leczonej późniejszej.

Co się tyczy rozpoznawania kiły wrodzonej — tem mniej można się opierać na odczynie Wassermana. Ponadto wielu lekarzom praktykom brak znajomości zasad leczenia kiły, które, zdaniem autora, powinno być skrupulatne, długie, z następową stałą kontrolą wyniku leczenia (Fournier).

Wszystkie sposoby walki społecznej z kiłą powinny odrzucić etykietę, jaką dotychczas to schorzenie posiada. Ta etykieta czyli piętno schorzenia wenerycznego jest czynnikiem, który odstrasza chorych od odpowiednich przychodni, od zgłaszania się do badania i do leczenia; a leczenie przecież jest najważniejszą bronią w walce z kiłą.

Trzecim wkońcu momentem, który zasługuje na uwagę — jest konieczność pilnego śledzenia za źródłem zakażenia. Autor proponuje przymus zgłaszania każdego świeżego przypadku kiły, oczywiście bezimiennie, z możliwie dokładnem wskazaniem źródła zakażenia.

Erytrodermja a kiła. (Les érythrodermies dans leurs rapports avec la syphilis). L. Dekeyser.

Bruxelles-Médical. Nr. 8, 1933.

Zasadniczemi objawami erytrodermji jest: nagłe wystąpienie zapalnego rumienia na całej skórze i łuszczenie, prawie zawsze bardzo obfite.

Rumień jest objawem stałym; obok niego może istnieć i obrzęk skóry, zwłaszcza na twarzy. Łuszczenie zjawia się odrazu lub po kilku dniach; bywa na głowie zwykle łupieżowate, na pozostałych częściach skóry obfitsze łuskowate. Poprzedza te objawy zwykle znaczne swędzenie skóry i ataki dreszczów. Stan ogólny bywa względnie dobry w okresach początkowych, lecz w miarę pogarszania się objawów skórnych, które następują etapami — może i stan ogólny ulec zmianie; zjawiają się biegunki, białkomocz, wyniszczenie niekiedy zejście śmiertelne. W przypadkach erytrodermji posalvarsanowych i pozłotowych do powyższego zespołu należy dodać zjawienie się drobnych sączących pęcherzyków na dużych powierzchniach skóry. Najcięższe postaci erytrodermji spotyka się podczas leczenia złotem, bizmutem i arsenem. Przy stosowaniu rtęci najczęstsze są rumienie płonicowate złuszczające, chociaż nie jest wykluczone powstanie typowej erytrodermji.

Ilość przypadków spostrzeganych jest coraz liczniejsza zwłaszcza z rozpowszechnieniem się w ostatnich czasach lecznictwa solami złota. Największą jednak ilość przypadków opisano w związku z leczeniem przeciwkiłowem. Zespół ten zjawia się po kilku zastrzykach skoro organizm do pewnego stopnia nasycił się stosowanym lekiem. Osobnik, który raz przeszedł erytrodermję posalvarsanową, reaguje zawsze tym samym zespołem na każdy zastrzyk neosalvarsanu a często i na inne leki przeciwkiłowe. Według *Buschke'go* mamy do czynienia ze szczególnem usposobieniem osobniczem, z powodu którego pod wpływem czynników toksycznych przychodzi do wytwarzania pewnych określonych grup morfologicznych. W każdym razie uczulenie odgrywa w tych przypadkach pierwszorzędną rolę.

Od tego zespołu odróżnić należy zespół opisany przez *Milian'a* pod nazwą rumienia biotropicznego. Rumień ten może również wystąpić w postaci uogólnionej erytrodermji, zwykle jednak przybiera wygląd schorzenia określonego, naprzykład: Rubeola, scarlatina. Zjawia się zawsze na początku leczenia kiły, 9-go lub 10-go dnia, nawet po najmniejszych dawkach leku, nie występuje wspólnie z objawami zatrucia arsenem a dalsze stosowanie leku nietylko sprawy nie pogarsza, lecz ją ucisza. Ten zespół, jak wiadomo, zależy pobudzenia innego czynnika chorobowego, będącego dotychczas w stanie utajenia. Jakkolwiek *Milian* nie uważa tego zespołu za przeszkodę do dalszego leczenia specyficznego — autor radzi zaprzestać leczenia lub dany lek zastąpić innym specyficznym.

Co się tyczy leczenia to należy pamiętać, że już ogólne swędzenie, które występuje w czasie leczenia specyficznego jest objawem niepokojącym i upoważnia do zastosowania dożylnych zastrzyków podsiarczanu sodowego w ilości 1 do 2 gramów co drugi dzień. W okresie objawów już rozwiniętych oprócz tych samych zastrzyków należy przeciwdziałać oligurji, podtrzymywać czynność serca. Niektórzy, jak *Ravaud*, stosują zawsze arsenobenzole w 20% roztworze podsiarczynu sodowego i uważają ten sposób za skuteczny w zapobieganiu erytrodermjom.

Patogeneza erytrodermji nie jest do dzisiaj całkiem jasną. Zwolennicy teorji toksycznej twierdzą, że skutkiem nagłego dostania się do obiegu krwi znacznej ilości środka trującego następuje związanie tego środka z śródbłonkami naczyniowymi skóry — i to jest przyczyną opisanego zespołu. Teorja ta nie tłumaczy powstania erytrodermji po jednem lub po kilku tylko zastrzykach arsenobenzolu, stosowanego po dłuższej przerwie.

Słuszniejszą wydaje się teorja uczuleniowa i to, wysuwająca na pierwszy plan uczulenie skóry a nie humoralne.

Co się tyczy wpływu erytrodermji na kiłę, to niesłuszne jest mniemanie, jakoby erytrodermja wywierała dobry wpływ na przebieg kiły. Dla niektórych autorów skutkiem tego stanu uczulenia na lek już minimalne jego dawki działają skutecznie. Inni widzą w tym zespole leczenie przez wstrząs.

Jakkolwiek prawdą jest, że po przebyciu ogólnego zapalenia skóry odczyny serologiczne bez dalszego leczenia przechodziły ujemnie, to jednak wyniki te były niestałe i oprócz nawrotów serologicznych spostrzegano *także kliniczne.*

Patologja kiły I. (La pathologie de la syphilis primaire). J. Golay.

Bruxelles Méd. Nr. 9 1933.

Czas pierwszego wylęgania kiły trwa 25 do 28-iu dni t. j. od chwili zaszczepienia krętków w tkankę aż do chwili powstania objawów klinicznych — mianowicie wrzodu twardego. W tym okresie krętki dzielą się na trzy grupy: grupę I stanowią krętki, które pozostają w miejscu zaszczepienia, mnożą się tam, są przyczyną powstania owrzodzenia i łatwo ich obecność wykazać; grupę drugą stanowią krętki, które przedostają się wprost do krwiobiegu. Bardzo wczesną obecność krętków we krwi wykazał Neisser w swoich doświadczeniach na małpach. Ta grupa krętków nie odgrywa żadnej roli w powstawaniu wykwitów drugorzędnych. Grupę trzecią najliczniejszą stanowią krętki, które przedostają się do najbliższych przewodów i gruczołów limfatycznych. Krętki te mnożąc się stopniowo etapami przedostają się do coraz to dalszych części układu limfatycznego, przyczem gruczoły limfatyczne odgrywają w tym pochodzie rolę przeszkód dla szybkiego posuwania się krętków.

Krętki grupy pierwszej ulegają zniszczeniu skutkiem miejscowych odczynów tkanki, giną i nie odgrywają żadnej roli w okresie kiły II. Krętki grupy drugiej są tak nieliczne, że praktycznie znaczenie ich w kile II jest prawie żadne. Tworzą one małe zatory w naczyniach krwionośnych, z krwiobiegiem mogą przedostać się do różnych organów; jeżeli jednak odgrywają jakąś rolę w patologji kiły — to przypuszczalnie conajwyżej w kile późnej organów wewnętrznych. Krętki grupy trzeciej stopniowo atakują cały układ limfatyczny, a po przezwyciężeniu ostatniego etapu jakim są gruczoły podobojczykowe (przy zakażeniu drogą organów płciowych) — wielką masą przedostają się do żyły podobojczykowej. Chwila ta jest końcem drugiego okresu wylęgania a początkiem ogólnego zakażenia (grande septicémie).

Faktem jest, że gdy objaw pierwotny znajduje się poza organami płciowymi a zwłaszcza na głowie — drugi okres wylęgania bywa znacznie krótszy, co tłumaczy się krótszą drogą, jaką mają wtedy do przebycia krętki poprzez naczynia i gruczoły chłonne do żyły podobojczykowej.

W przypadkach zakażenia zwykłego dopiero po zajęciu całego układu limfatycznego krętki przedostają się w dużej masie do krwiobiegu. Moment wtargnięcia zakażenia do krwiobiegu przypada na 15-go do 10-go dnia przed wybuchem osutki. Za tym terminem przemawiają następujące 4 spostrzeżenia.

1. Szczepienie kiły surowicą z własnego owrzodzenia pierwotnego osobnikowi w początkowym okresie drugiej inkubacji jest zawsze dodatnie o ile jest wykonane w miejscu dość odległem od owrzodzenia pierwotnego. To samo szczepienie, wykonane w ciągu ostatnich 10-ciu dni przed wybuchem osutki, nie daje już tego samego wyniku. Jako wynik otrzymujemy nie owrzodzenie jakie otrzymujemy w przypadkach poprzednich lecz grudkę (papula). To zjawisko zależy od odporności skóry, otóż ta odporność zjawia się na 10 dni przed wybuchem osutki a według Hudelo powstanie jej jest równoczesne z rozsianiem się krętków w skórze.

2. Znanem jest spostrzeżenie, że drażniąc skórę w okresie 15 — 10 dni przed wybuchem osutki możemy wywołać powstanie przedwczesnych objawów drugorzędnych. Przed tym terminem objawów tych przez drażnienie skóry nie wywołamy, gdyż w skórze brak jest jeszcze krętków.

3. Ciężarne zakażone kiłą w czasie, ostatnich 2-ch miesięcy ciąży rodzą dzieci zdrowe. A więc dopiero po 60-tym dniu od chwili zakażenia matka przekazuje kiłę płodowi, gdyż ten dzień jest datą wysiania się krętków do krwiobiegu. Jeżeli przyjmiemy średnio pierwszy okres inkubacji 25 dni, drugi okres inkubacji — 45 dni otrzymamy po zsumowaniu 70 dni po których zjawia się osutka — a więc w 10 dni po wysianiu krętków do krwiobiegu.

4. W końcu doświadczenia wykazały również zgodność powyższych terminów — a mianowicie znajdowano w skórze krętki 15 do 10-ciu dni przed wybuchem osutki.

Z powyższych spostrzeżeń wynika również, że odporność ogólna zjawia się w kile późno, bo dopiero na 10 dni przed wybuchem osutki a odporność ta jest szczególnym stanem skóry i śluzówek, który je czyni mniej wrażliwemi na nowe zakażenie. Odporność ta istnieje tak długo, jak długo istnieje zakażenie. Oprócz odporności ogólnej istnieje jeszcze miejscowa i ta zjawia się b. wcześnie, bo od samego początku istnienia owrzodzenia pierwotnego; za jej obecnością przemawia fakt, że szczepienie kiły w pobliżu owrzodzenia pierwotnego nigdy nie udaje się i fakt istnienia dodatniego odczynu Wassermana już w pierwszych dniach w surowicy wyciśniętej z owrzodzenia wtedy, gdy we krwi jest jeszcze ujemny. Im dłuższy jest okres czasu drugiego wylęgania tem szerszy jest obszar skóry objętej odpornością miejscową. Odporność ta postępuje równorzędnie z zajmowaniem odpowiednich etapów układu limfatycznego przez kiłę.

Wnioski praktyczne: dodatnie odczyny serologiczne, które zjawiają się w 15 do 20 dni od chwili powstania owrzodzenia nie mogą być uwarunkowane obecnością ogólnej odporności, która zjawia się znacznie później. Są one zależne od toksyn, pochodzących od krętków, zajmujących jeszcze układ limfatyczny. Zrozumiałą jest rzeczą, że dopiero pewna dostatecznie duża ilość tych toksyn daje dodatni odczyn serologiczny. Wobec powyższego więc nie można brać chwili zjawiania się dodatniego odczynu serologicznego za granicę czasu odpowiedniego do przeprowadzenia leczenia poronnego. Dodatni odczyn serologiczny nie świadczy o istnieniu jakiejś przełomowej chwili w przebiegu zakażenia, lecz jest tylko wyrazem stopniowego posuwania się zakażenia drogą układu limfatycznego. Szereg przypadków kiły w klinice prof. Oltramare podzielono na 4 grupy, w których rozpoczynano leczenie t. zw. poronne w różnych okresach czasu, w 10, 10 — 20, 20 — 30, 30 — 35 dni od chwili powstania owrzodzenia i zgodnie z powyższymi wnioskami otrzymywano 16, 34, 45, 5, 60% nawrotów. 35-ty dzień był ostatnim terminem, w którym można było jeszcze myśleć o leczeniu poronnem kiły.

Kiła wrodzona, utajona. (La syphilis héréditaire larvée). J. Cathala.

Paris Médic. 1933, Nr. 43.

Większość przypadków kiły wrodzonej, są to postacie nietypowe, w których obecność kiły zamaskowana jest istnieniem innego zespołu, dla kiły nietypowego.

Kiła wrodzona jest następstwem zakażenia krwi płodu dużą ilością krętków (septicémie) z czego wynika, że wszystkie tkanki i wszystkie organy mogą być tym zakażeniem dotknięte. Jeżeli teraz przyjmiemy, że zmiany wywołane przez krętki w poszczególnych organach mogą być różnego rodzaju (zwyrodnienie, zbliznowacenie, histologicznie banalne lub specyficzne) i różnego nasilenia, wkońcu, że mogą polegać tylko na uszkodzeniu czynności organu ewentualnie jego sił zapasowych, to zrozumiemy, jak rozmaity może być obraz kliniczny kiły wrodzonej i jak często nietypowy. Oprócz ilości krętków atakujących poszczególne organy ma jeszcze znaczenie czas zakażenia. Wiadomo bowiem, że tkanki ulegają tem znaczniejszym uszkodzeniom, im wcześniejszy jest ich okres kształtowania się. Ponadto szczególnie podatnymi organami są: wątroba, układ kostny, gruczoły o wewn. wydzielaniu, układ nerwowy i naczyniowy.

W obszernej swojej pracy autor omawia tylko postaci kiły wrodzonej utajonej, to jest nie wykazującej żadnych cech specyficznych.

Utajona kiła wr. noworodków: najczęstszym objawem zamaskowanej kiły są objawy osteochondritis (*Péhu* znajdował w 75% noworodków kiłowych zmiany typowe na roentgenogramach). Jako drugą cechę podaje a. ogólny niedorozwój noworodka, bez podniesienia ciepłoty przy ustawicznych a niewytłumaczonych zaburzeniach ze strony przewodu pokarmowego.

Melaena, icterus, convulsio neonatorum nie są zdaniem a. objawami kiły utajonej, gdyż brak zwykle równoczesnego niedorozwoju i zahamowania wzrostu.

Utajona kiła wr. osesków: może być rozpoznana w przypadku 1° zahamowania wzrostu, rozwoju fizycznego; psychicznego i psychomotorycznego 2° obecności zmian dystroficznych w układzie kostnym (niektóre postaci krzywicy np. rachitis praecox cranii cum anaemia et splenomegalia dalej „czoło olimpijskie" caput natiforme i inne) 3° niedokrwistość, która jest wyrazem zaatakowania organów krwiotwórczych przez kiłę (jako objaw jedyny kiły rzadko spotykana). Co się tyczy innych objawów u osesków, wyliczanych przez niektórych jako kiłowe (vegetationes adenoid. hydrocele, strabismus, excematides, prurigo) autor nie przypisuje im znaczenia w rozpoznawaniu kiły wrodzonej.

Utajona kiła wr. drugiego okresu dzieciństwa: jest stosunkowo częstsza niż utajona kiła noworodków i osesków. Następujące zespoły budzą podejrzenia co do obecności kiły: hepatitis, hepato-splen. albuminuria chronica, nephritis subacuta, pneumopathia chronica sclerotisans, dalej debilitas, asthenia, niedomoga wątroby, wady charakteru i intelektu. Wszystkie wyżej wymienione zespoły nie są jednak znamienne wyłącznie dla kiły i dlatego lekarz praktyk powinien w przypadkach wątpliwych: 1) przeprowadzić dokładnie wywiady rodzinne ewent. wykonać badania porównawcze u kilku członków rodziny. 2) zebrać dane dotyczące się porodów i poronień. 3) wykonać odczyny biologiczne, 4) wkońcu wolno jest przeprowadzać próbne leczenie specyficzne.

Wyprysk na stopach. (L'éczéma du pied dû à l'épidermophyton interdigitale). Svend Lomholht.

Journal de Médecine Pratique 1933, zesz. 1.

Schorzenie to nadzwyczaj częste w Ameryce, w Danji pojawiło się dopiero przed kilku laty, przybrało jednak w krótkim czasie takie rozmiary i nasilenie, że możnaby je było uważać za „schorzenie narodowe" typowe dla tego kraju, w którym inne schorzenia grzybicowe należą do rzadkości. W większości przypadków jedynym objawem klinicznym tego schorzenia jest szczelina, pęknięcie skóry pomiędzy 4-tym a 5-tym palcem u nogi. Pęknięcie to jest zwykle zamaskowane utrzymującemi się w tym miejscu złogami naskórka zrogowaciałego. Ponadto spotyka się jednak w otoczeniu szczeliny cały szereg zmian na skórze otaczającej, począwszy od nieznacznego rumienia zapalnego, aż do wybitnych zmian wypryskowych obejmujących nawet sąsiednie części stopy — podeszwy palców.

W jesieni r. 1931 zbadał a. 97 studentów i podzielił ich na następujące 4 grupy:

1) przyp. 39 brak objawów klinicznych wyprysku między palcami, bakterjologicznie: brak epidermophyton Kauffman Wolf'a; Monilia znaleziono w 4 p. śródskórny odczyn trichophytynowy, ujemny w 33, wątpliwy w 3, dodatni w 3.

2) przyp. 18 — suche łuski, brak stanu zapalnego, brak swędzenia. Epidermoph znaleziono w 5 p. Monilia w 6 p. Dodatni odczyn trichophyt. w 10 p.

3) przyp. 25 — rumienie sączące. Epidermoph w 7 p. Monilia w 8 p. Dodatni odczyn trichoph. w 10 p.,

4) przyp. 15 — silnie wyrażony wyprysk sączący. Epidermoph. w 9 p. — inne grzyby w 3 p. Monilia w 9 p. Odczyn trichoph. u wszystkich ujemny.

Ponieważ najczęściej pojawiającym się grzybem był epidermoph. — należy więc przedewszystkiem ten czynnik uważać za najważniejszy w etjologji tego schorzenia. Wychodząc z tego założenia a. badał odzież, obuwie i inne przedmioty mające styczność z cierpiącemi na ten wyprysk i przyszedł do przekonania, że schorzenie to przenosi się przez sandały kąpielowe, które często w zbiorowiskach młodzieży, pożyczają jedni od drugich.

Czynnikami zapobiegawczymi są — zniesienie drewnianych chodników w kąpielach i łazienkach — jako trudnych do odkażania. Odkażanie wypożyczanych sandałów przez zanużanie w roztworze podsiarczynu sodowego, ewent. zanużenie stóp w tym samym płynie. Gotowanie pończoch i t. d. Leczenie: tra jodi do 5% lub solutio Lugol lub cristal violet — maści salicylowe-chrysarobinowe, dziegciowe i t. d.

Leczenie jest długotrwałe i nie chroni od łatwych nawrotów.

Światłolecznictwo trądzika. (Du traitement de l'acné par la lumière). L. Marceron.

Journ. de Méd. Prat. 1933 zesz. 1.

Ujmując wszystkie przypadki z punktu widzenia wskazań do leczenia promieniami pozafiołkowemi a. tworzy 3 grupy.

1) trądzik bez zmian głębszych, bez skłonności do wytwarzania blizn lub rozszerzeń naczyniowych, u osobników młodych o skórze cienkiej nadaje się, a nawet wymaga leczenia promieniami pozafiołk. i przypadki te mogą wyć wyleczone wyłącznie tymi promieniami.

Do leczenia twarzy nadają się najlepiej dawki łagodne stopniowo zwiększane. Energiczne naświetlanie polegające na wywołaniu gwałtownego rumienia może być zastosowane conajwyżej na plecach.

2) Stosowanie prom. pozaf. okaże się bezskuteczne w przypadkach trądzika o głębokich naciekach z bliznami w przyp. acne necrotica, acne miliaris recidivans (trwających czas dłuższy) i acne rosacea (w tym ostatnim przyp. — mają nawet promienie pozaf. wywoływać pogorszenie).

3) We wszystkich innych przyp. trądzika nieobjętych grupą 1 i 2 mogą promienie pozaf. oddać znaczne usługi jako leczenie pomocnicze a mianowicie; po skaryfikacji, w przyp. trądzika wyłącznie na brodzie (ze względu na szczególny stan gruczołów skóry w tych przyp. naświetlania ogólne) w połączeniu z każdem leczeniem miejscowym zwłaszcza w przerwach jako leczenie powstrzymujące nawroty.

Rozpoznawanie i leczenie grzybicy promieniowej skóry. (Diagnostic et traitement des actinomycoses cervicofaciales). M. D e c h a u m e. *Journ. de Méd. Prat. 1933 zesz. 1.*

Grzybica promienicowa jest schorzeniem wybitnie przewlekłem, prowadzi do powstawania mnogich guzów naciekowych na twarzy i szyji, w okolicy szczęki dolnej. Zwykle dochodzi do wytworzenia się przetoki, z której sączy się ropa, zawierająca tak znamienne dla promienicy żółte ziarna. Niestety ten objaw nie jest regułą a co więcej obraz kliniczny może być bardzo różnorodny i zmieniać się zależnie od umiejscowienia schorzenia.

Na dziąsłach grzyb. prom. tworzy w otoczeniu dolnych siekaczy niebolesne, silnie krwawiące owrzodzenia, na wargach ściśle ograniczone guzki, na języku (często u zwierząt) owrzodziałe zgrubienia, przypominające skaleczenia od zębów, które po rozpadnięciu się dają ubytki typu banalnych owrzodzeń. W otoczeniu ślinianek grzyb. prom. sadowi się wyjątkowo rzadko, o ile jednak to ma miejsce przychodzi do powstania kamicy i równoczesnego zapalenia ślinianek. Migdałki zajęte bywają wtórnie, przy przejściu schorzenia z okolic sąsiadujących. Zajęcie samej szczęki może przybrać różne postaci; okołoszczękową (péri-maxillite), osteitis chronica (bez wytwarzania martwaków) i postać t. zw. centralną prowadzącą do rozdęcia szczęki.

Wyłączne schorzenie skóry jest rzadkie (guzy lub owrzodzenia). Rozpoznanie ostatecznie opiera się zawsze na wykluczeniu innych spraw i na wykryciu grzybni.

Zapobieganie: zwalczanie zwyczaju żucia traw i zboża, przestrzeganie przepisów hygjeny jamy ustnej. Leczenie zachowawcze polega na stosowaniu dużych dawek preparatów jodowych doustnie lub dożylnie i stosowaniu jodu miejscowo. Leczenie wyłącznie chirurgiczne nigdy nie jest dostateczne, oddaje pewne usługi w przyp. zajęcia szczęki. Leczenie promieniami X stosowane systematycznie przez *Gougerot* daje wyniki b. dobre, zwłaszcza, o ile równocześnie starannie oczyszczą się ropnie i jeżeli następowo stosuje się leczenie jodem.

Dr. Zofja Jastrzębska.

K R O N I K A.

Komunikujemy, iż cena kwartalnika „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej — pod naczelną redakcją Prof. D-ra Witolda Orłowskiego — obniżona została z dniem 1 stycznia 1934 roku do zł. 6.50 (Na prowincji 6.50 zł. + porto pocztowe).

Administracja — Warszawa, Wilcza 29 m. 2.

*

W dniu 3 — maja 34 r. odbędzie się w Moskwie IV Międzynarodowy Kongres Przeciwreumatyczny.

Zarząd Polskiego Towarzystwa Zwalczania Gośćca czyni starania o uzyskanie dla swych członków ulgowych paszportów.

Uprasza się przeto członków Towarzystwa mających zamiar wziąć udział w Kongresie o zgłaszanie się do sekretarjatu Towarzystwa pod adresem: W-a, Szpital Dz. Jezus. II klinika Chor. Wewnętrznych Un. Warsz., Nowogrodzka 59. Doc. Dr. Eleonora Reicher, albo też w godz. między 4 — 5 po poł. tel. 9. 54-54. —

Tylko członkowie Międzynarodowej Ligi Przeciwreumatycznej mogą wziąć udział w Kongresie.

Po zakończeniu Kongresu odbędą się wycieczki dla członków Kongresu w 2 kierunkach:

A. Moskwa — Leningrad. 10 dni wraz z trwaniem Kongresu, Cena 75 dol. zł. wraz z pobytem w Moskwie.

B. Moskwa — Uzdrowiska Kaukaskie — Krym, Odessa. Czas trwania 20 dni wraz z Kongresem. Cena 125 dol. zł. z pobytem w Moskwie podczas Kongresu.

Za bankiety płaci się oddzielnie.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Warszawa, Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.